

Kehitetään ikäihmisten
kotihoitoa
ja vahvistetaan
kaikenikäisten
omaishoitoa

HALLITUKSEN
KÄRKIHANKE



Osallisuus, monitoimijuus ja arjen tuki

Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon
tukeen sekä sektorirajat ylittävän
palveluohjausverkoston perustamiseen

Osallisuus, monitoimisuus ja arjen tuki

Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon tukeen sekä sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustamiseen

Jaana Koinsaari

Eveliina Rautio

Kirjoittajat:

Jaana Koinaari

Eveliina Rautio

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN: 978-952-00-4011-6

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Helsinki 2018



Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		12/2018
Tekijät	Jaana Koinsaari ja Eveliina Rautio		
Julkaisun nimi	Osallisuus, monitoimijuus ja arjen tuki. Käsikirja onnistuneeseen omais- ja perhehoidon tukeen sekä sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustamiseen		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 55/2018		
Diaari/hankenumero	STM/3085/2016	Teema	Omais- ja perhehoito
ISBN PDF	978-952-00-4011-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4011-6		
Sivumäärä	61	Kieli	suomi
Asiasanat	Kehittämishankkeet, omaishoito, perhehoito, osaamiskeskukset, kustannukset, osallisuus		
Tiivistelmä <p>Omais- ja perhehoitoa kehitettiin ja juurrutettiin Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-hankkeessa vuosina 2016-2018. Hanke oli yksi Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa –kärkihankkeen kokeiluista. Se oli kolmen maakunnan yhteinen hanke, sitä hallinnoi Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Essote. Tavoitteena oli yhdenvertaiset, paremmin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hilitsevät omais- ja perhehoidon palvelut.</p> <p>Tähän käsikirjaan kuvatut toimeenpanon periaatteet ja hyvät käytännöt perustuvat kyseisen hankkeen kehittämis- ja juurruttamistyöstä saatuihin kokemuksiin. Juurruttamistyön vahvistamiseksi hankkeessa laadittiin omais- ja perhehoidon strategisen toimeenpanon ohjelma tuleville vuosille, se linjaa omais- ja perhehoidon tuen toteutusta. Maakunnalliset omais- ja perhehoidon sääntökirjat taas ohjaavat ja yhdenmukaistavat omais- ja perhehoidon käytäntöjä arjen toiminnassa.</p> <p>Käsikirjassa kuvataan onnistuneen omais- ja perhehoidon tukemisen periaatteita ja käytäntöjä sekä sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustamisen lähtökohtia. Lisäksi kuvataan digitaalisten turvateknologia- ja etäyhteyspalvelujen mahdollisuuksia sekä tuodaan esille erilaisia digitaalisia ratkaisuja omais- ja perhehoidossa. Kustannuksia tarkastellaan sekä omais- että perhehoidon eri näkökulmista. Käsikirjassa kuvataan myös, miten asiakkaiden osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia voidaan vahvistaa kehittäjäkumppani toimintamallin mukaan. Ammatillisen osaamisen vahvistamiseksi hankkeessa pilotoidut ja pysyväksi toiminnaksi jääneet omais- ja perhehoidon koulutuskokonaisuudet olivat yksi osa kehittämistyön kokonaisuudesta.</p>			
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		12/2018
Författare	Jaana Koinsaari och Eveliina Rautio		
Publikationens titel	Delaktighet, flera aktörer och stöd i vardagen. Handbok för ett lyckat stöd för närstående- och familjevård samt bildande av ett sektorsöverskridande nätverk för servicehandledning		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 55/2018		
Diarie-/ projektnummer	STM/3085/2016	Tema	
ISBN PDF	978-952-00-4011-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4011-6		
Sidantal	61	Språk	finska
Nyckelord	utvecklingsprojekt, närståendevård, familjevård, kompetenscenter, kostnader, delaktighet		
Referat Närstående- och familjevården utvecklades och förankrades i Södra Savolax under 2016–2018 inom ramen för projektet OSSl, som står för kundcentrerat nätverk för servicehandledning och kompetenscenter inom närstående- och familjevården. Projektet var ett av de försök som genomförs inom spetsprojektet Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras. Projektet var gemensamt för tre landskap och administrerades av Essote, dvs. samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Södra Savolax. Målet var att få till stånd jämlika, bättre samordnade och kostnadsstävande tjänster för närstående- och familjevård. De principer för genomförande och den goda praxis som beskrivs i denna handbok baserar sig på erfarenheterna från det utvecklings- och förankringsarbete som utfördes under projektet. För att stärka förankringsarbetet utarbetades under projektet ett program för strategiskt genomförande av närstående- och familjevården under de kommande åren. Programmet innehåller riktlinjer för genomförandet av stödet för närstående- och familjevården. Landskapsvisa regelböcker för närstående- och familjevården styr och förenhetligar för sin del praxis inom närstående- och familjevården i det vardagliga arbetet. I handboken beskrivs principer och praxis för ett lyckat stöd för närstående- och familjevården samt utgångspunkterna för att bilda ett sektorsöverskridande nätverk för servicehandledning. Därtill beskrivs möjligheterna med trygghetsteknik- och fjärranslutningstjänster samt presenteras olika digitala lösningar inom närstående- och familjevården. Kostnaderna behandlas ur både närståendevårdens och familjevårdens olika perspektiv. I handboken beskrivs även hur kundernas delaktighet och möjligheter till inflytande kan stärkas enligt en verksamhetsmodell med utvecklingspartner. De utbildningar för att stärka yrkesskickligheten inom närstående- och familjevården som under projektet pilottestats och blivit bestående verksamhet var en del av utvecklingsarbetet som helhet.			
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		12/2018
Authors	Jaana Koinsaari and Eveliina Rautio		
Title of publication	Inclusion, inter-professional collaboration and everyday support. A guide for developing effective informal and family care support services and establishing a cross-sectoral service counselling network		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 55/2018		
Register number	STM/3085/2016	Subject	
ISBN PDF	978-952-00-4011-6	ISSN (PDF)	2242-0037
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4011-6		
Pages	61	Language	finnish
Keywords	Development projects, informal care, family care, centres of expertise, costs, inclusion		
Abstract The purpose of the OSSI project implemented in 2016–2018 was to enhance informal and family care services and establish a customer-oriented service guidance network and a centre of expertise on informal and family care in South Savo. The project was an experimental project carried out under the Government key project 'Improved home care for older persons and enhanced informal care in all age groups'. It was a collaboration between three regions and was coordinated by the South Savo Social and Health Care Authority Essote. The objective of the project was to create more equal, better coordinated and cost-effective informal and family care services. The principles and good practices described in this guide were developed based on experiences gained from the development and piloting activities carried out in the OSSI project. To promote the adoption of the piloted activities, a strategic implementation programme for informal and family care support services was developed in the project for the coming years. It provides a framework for the implementation of informal and family care support services. Regional informal and family care guidelines were also developed to coordinate and harmonise everyday informal and family care practices. The guide also presents principles and practices for developing effective informal and family care support services and establishing a cross-sectoral service guidance network. In addition, it discusses the opportunities brought about by digital safety technologies and remote services and introduces different digital solutions for informal and family care. Costs are examined from different perspectives in informal and family care. The guide also describes how to utilise the operating model for enhanced customer inclusion and empowerment developed by one of the project partners. To enhance professional competence, the development work also covered the design and piloting of informal and family care training, which has since become a permanent measure.			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

LUKIJALLE	9
1 Johdanto	11
1.1 Omais- ja perhehoidon toimeenpanon keskeisiä periaatteita ja sisältöjä	13
2 Onnistunut omaishoidon tukeminen	16
2.1 Maakunnallinen omaishoidon sääntökirja	16
2.2 Omaishoidon tuen toimintamalli	17
2.2.1 Toimintamallin kulku ja yhteydenpito omaishoitoperheeseen	17
2.2.2 Omatyöntekijä keskeisessä roolissa	20
2.2.3 Omaishoitajan terveys- ja hyvinvointitarkastus sekä oma tavoite ohjaavat hyvinvointisuunnitelman laatimista	21
2.2.4 Omaishoitajien vapaapäivät	23
2.2.5 Sosiaalihuoltolain mukainen vapaa	23
2.2.6 Omaishoidon palveluseteli	24
2.2.7 Erityiset omaishoitotilanteet	24
2.2.8 Iäkkäiden lääkehoidon moniammattillinen arviointi (ILMA)	25
2.2.9 Kuntoutus	25
2.2.10 Valmennukset ja koulutukset omaishoitajille	28
2.2.11 Omaishoidon tuen asiakkuuden päättymisen	29
2.3 Omaishoidon kustannukset	31
2.4 Toiminnan seuranta ja arviointi	31
3 Onnistunut perhehoidon tukeminen	32
3.1 Maakunnallinen perhehoidon sääntökirja	32
3.2 Perhehoidon koordinaattori	33
3.3 Perhehoidon prosessi	33
3.3.1 Prosessikuvaus	33
3.3.2 Prosessikoulutukset	34
3.3.3 Ennakovalmennukset	34
3.4 Perhehoidon tukimuodot	35
3.4.1 Sijaistukset	35
3.4.2 Yhteistyö, täydennyskoulutus ja työnohjaus	35
3.4.3 Muiden ammattilaisten antama tuki	36
3.4.4 Vertaisuuteen perustuva tuki	36
3.4.5 Perhehoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukset	36
3.5 Ammatillinen perhehoito	36

3.6	Perhehoidon kustannukset.....	37
3.7	Seuranta ja arviointi	38
4	Sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustaminen	40
4.1	Lähtökohdat.....	40
4.2	Monitoimijakeskuksen toimintamalli.....	41
4.2.1	Monitoimijakeskuksen perustamisen prosessi.....	41
4.2.2	Monitoimijakeskuksen toiminta, strategia ja johtaminen.....	42
4.3	Neuvontapisteiden toimintamalli.....	45
4.4	Asiakkaat kehittäjäkumppaneina.....	45
4.5	Ammattilaisille suunnatut koulutukset	47
4.5.1	Palveluohjauksen verkkokurssi.....	47
4.5.2	Omais- ja perhehoidon koulutukset.....	48
5	Digitaaliset palvelut omais- ja perhehoidossa.....	52
5.1	Omais- ja perhehoidon digitaalisten palvelujen kehittämisperiaatteita.....	52
5.2	Käytössä olevat palvelut	53
Lähteet	54
Liitteet	55
Liite 1	Asiakkuuksien segmentaatio.....	55
Liite 2	Alueellinen omaishoidon tuen toimintamalli.....	56
Liite 3	Erityislusten omaishoidon toimintamalli.....	57
Liite 4	lääkäiden lääkehoidon moniammatillisen arvioinnin ILMA -malli.....	58
Liite 5	Perhehoidon prosessikuvaus.....	61

LUKIJALLE

Tämä käsikirja tarjoaa toimeenpanon keskeisiä periaatteita ja hyviä käytäntöjä omais- ja perhehoidon tuen toteuttamiseen. Periaatteet ja käytännöt perustuvat Etelä-Savon asiakslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-kärki-hankkeessa 2016–2018 tehtyyn kehittämis- ja juurruttamistyöhön.

OSSI-hanke oli yksi STM:n ikäihmisten kotihoidon kehittämisen ja kaiken ikäisten omaishoidon vahvistamisen I&O-kärkihankkeen kokeiluista. OSSI-hankkeen päätavoitteena oli kehittää omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut Etelä-Savon maakunnassa.

Hanketta hallinnoi Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Essote. Mukana osatoteuttajina olivat:

- Diakonia-ammattikorkeakoulu DIAK Pieksämäeltä
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, Eksote
- Etelä-Savon ammattiopisto ESEDU
- Itä-Savon sairaanhoitopiiri, Sosteri
- Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Kainuun sote
- Kehitysvammaisten palvelusäätiö
- Kuntoutussäätiö
- Kyyhkylä Oy
- Savonlinnan ammatti- ja aikuisopisto SAMIedu
- Sote360 Oy
- Suomen Punainen Risti/ Kaakkois-Suomen piiri
- Vaalijalan kuntayhtymä

Kaikkiaan hankkeeseen oli näissä organisaatioissa palkattuna yhteensä 33 toimijaa joko osa- ja tai kokoaikaisesti.

Mukana asiantuntijatyöpanokselle olivat:

- Etelä-Savon sosiaali- ja terveysturva ry/ Hyvinvointikumppanuus Etelä-Savossa -hanke
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tuki ry - ESTERY
- Etelä-Savon Työterveys Oy
- Geriwell Oy
- Mikkelin seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry
- Mikkelin seudun Muisti ry/ Etelä-Savon Muistiluotsi
- Mikkelin Tuomiokirkkoseurakunta
- Mikkelin Kuntopalvelu Oy
- Mikkelin kehitysyhtiö Miksei Oy
- Omaiset mielenterveystyön tukena Itä-Suomi -Savon mielenterveys-omaiset FinFami ry
- Perhehoitoliitto
- Pieksämäen Omaishoitajat ry
- Savonlinnan Hopearanta ry

Suuret kiitokset kaikille mukana olleille toimijoille. Lisäksi haluan antaa erityiskiitokset kaikille omaishoitajille, jotka olivat matkan varrella mukana hankkeen kehittämis- ja juurruttamistyössä. Ilman teitä kaikkia ei olisi tätä käsikirjaa ja kaikkea sitä hyvää kehitystä saatu aikaiseksi omais- ja perhehoidossa.

Jaana Koinsaari

1 Johdanto

Etelä-Savossa on vastattu ikääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin kehittämällä ja juurruttamalla uusia toimintamalleja omais- ja perhehoitoon. Kehittämistyön taustalla oli omaisten esille tuoma kokemus tiedon ja palvelujen hajanaisuudesta ja vaikeasta saavutettavuudesta, omaishoitajan roolin ja tuen tarpeen tunnistamisen haasteet sekä omaishoitajien jaksamisen ja hoidon kuormittavuuden seurannan parantamisen tarve. Lisäksi nähtiin tarpeelliseksi kehittää omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien järjestämisvaihtoehtoja monipuolisemmiksi ja joustavimmiksi. Perhehoito nousi tässä keskeisemmäksi kehittämisen ja juurruttamisen kohteeksi. Näistä lähtökohdista alkoi Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-hanke, joka toteutettiin vuosina 2016–2018.

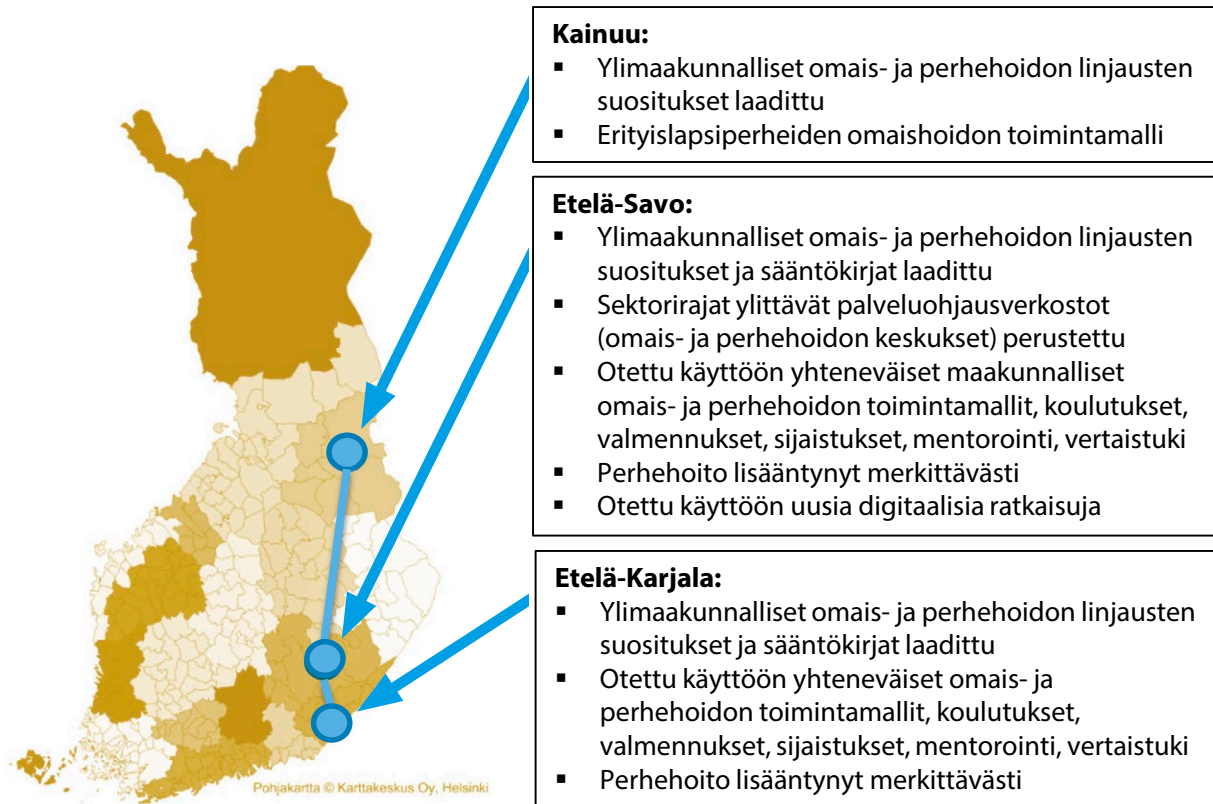
Kehittämisen lähtököhtana oli laki omaishoidon tuesta (937/2005) sekä omaishoidon teesit (Omaishoitajaliitto). Kehittämistyössä tuli ilmi, että omaishoitoperhe kokee saamansa ohjauksen, neuvonnan ja palvelut erityisen tärkeiksi. Omaishoidon tuki tuleekin nähdä kokonaisuutena, jossa palvelut ja omaishoitajan lakisääteiset vapaat ovat keskiössä rahallisen tuen rinnalla. Omaishoitoperheen rooli tulee nähdä aktiivisena toimijana ja hyvinvoinnin tukemisessa on otettava hoidettava lisäksi huomioon myös omaishoitaja sekä muut perheen jäsenet ja läheiset.

Toimenpiteinä hankkeessa:

1. perustettiin ja mallinnettiin verkostomainen omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksen toimintamalli, joka laajeni suuremmaksi palveluohjausverkostoksi.
2. Kehitettiin ja juurrutettiin omaishoidon yhteneväiset toimintamallit omaishoidon tunnistamisesta omaishoidon päättymiseen. Huomioiden erityiset omaishoitotilanteet, kuten muistisairaana, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien sekä erityislapsiperheiden omaishoito. Lisäksi kehitettiin kuntoutusta ja lääkehoitoa osana omais- ja perhehoidon tukea.
3. Kehitettiin kaikenikäisten toimeksiantoperusteista ja ikäihmisen ammatillista perhehoitoa, omais- ja perhehoidon valmennuksia, koulutuksia ja vertaistukea.

Kehittämistyön tuloksena:

- Omaishoitoperheen palvelut yhdenvertaistuivat: alueellisesti yhdenmukaiset toimintamallit, prosessit ja palvelut.
- Omaishoitajille tehdyn kyselyn mukaan palveluiden saatavuus ja saavutettavuus koetaan parantuneen, kun palvelut saman katon alla
- omaishoitajien jaksaminen on parantunut ja vapaapäiviä käytetään aktiivisemmin,
- omaishoitoperheen osallisuus ja sitoutuminen on vahvistunut.
- Perhehoito on saatu todelliseksi hoivan ja asumisen vaihtoehdoksi ikääntyvien palvelukokonaisuudessa, etenkin tukemassa omaishoitoperheitä.
- Digitaaliset ratkaisut ja asiakastietojärjestelmien sovellusten laajennukset tukevat toimintaa hyvin.
- Eri toimijoiden mukaan asiakkaiden asioiden hoito on sujuvoitunut ja nopeutunut sekä sektorirajat ylittävä verkostoyhteistyö lisääntynyt.
- Palveluohjausosaaminen on vahvistunut ja case manager -periaatteella toimivat perheille nimetyt omatyöntekijät parantaneet luottamuksellista kumppanuuteen perustuvaa asiakkuussuhdetta.



Kuvio 1. Hankkeen tuloksia maantieteellisesti

1.1 Omais- ja perhehoidon toimeenpanon keskeisiä periaatteita ja sisältöjä

Omais- ja perhehoidon palvelurakenteen ja palvelujen kehittäminen edellyttää strategista toimeenpano-ohjelmaa vähintäänkin maakunnallisesti. I&O-kärkihanke aikana omais- ja perhehoitoon laadittiin ylimaakunnallinen strateginen toimeenpano-ohjelma (Etelä-Savo, Etelä-Karjala, Kainuu). Ylimaakunnallinen siinäkin mielessä etteivät omais- ja perhehoidon palvelujen sisällöt ole juurikaan riippuvaisia maakuntarajoista. Toimeenpano-ohjelman kokonaisuuteen voi tarkemmin tutustua STM:n internetsivuilla <https://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet>

Toimeenpano-ohjelman keskeisiä periaatteita ja sisältöjä ovat

1. **Asiakasosallisuutta vahvistetaan** palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa ottamalla käyttöön kehittäjäkumppani-malli. Asiakasosallisuudessa asiakas ja perhe otetaan mukaan räätälöityjen ja yksilöllisen palvelukokonaisuuden muodostamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Asiakassuunnitelma kootaan asiakasperheen ja monialaisen asiantuntijaryhmän kanssa yhteistyössä, lähtökohtana omais- ja perhehoidon asiakkaan palvelujen tarvelähtöinen räätälöinti. Perheelle nimetään oma työntekijä /asiakasohjaaja, joka ohjaa ja tukee asiakasperhettä palveluissa ja valinnoissa sekä mahdollisissa kriisitilanteissa.
2. **Ennakoivat palvelut tukevat omais- ja perhehoidon jatkuvuutta;** Omais- ja perhehoitajien työtä tuetaan muodostamalla entistä kattavampi, laadukkaampi ja joustavampi palvelukokonaisuus. Palvelutarpeen arvioinnin toteutetaan moniammatillisesti palvelu- ja kuntoutustarpeen arviointina. Omaishoitajille järjestetään koulutusta, valmennusta sekä hyvinvointi- ja terveystarkastukset. Kuntoutuksella tuetaan omaishoitajan ja omaishoidettavan toimintakyvyn parantamista tai säilymistä.
3. **Monipuolistetaan palveluvalikoimaa omais- ja perhehoidon sisällössä ja kehitetään erilaisia palveluvaihtoehtoja sekä muodostetaan palvelukokonaisuus moniammatillisesti integroiden sosiaali- ja terveyspalvelut;** omais- ja perhehoidon kehittämissankkeen aikana käynnistettiin monia palveluvalikoimaa laajentavia toimintamalleja mm. omais- ja perhehoidon palvelujen yhteensovittamista omaishoitoperheen tukemiseksi. Nämä palvelut on kuvattu tässä julkaisussa.
4. **Asiakassegmentointi ohjaa palvelujen järjestämistä ja tuottamista palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa;** Asiakaslähtöisessä toimintatavassa lähtökohtana ovat asiakkaan ja hänen perheensä tukeminen sekä tarvelähtöinen palvelujen suunnittelu, jotka vahvistavat omaishoitoperheen voimavaroja. Sosiaalisen tuen tarpeen, sairauksien ja/tai vammaisuuden perusteella asiakkuuksia tarkastellaan asiakassegmentoinnin avulla. Tuen tarpeella ollessa vähäinen on kysymyksessä pärjääjä-asiakkuus, elämäntilanteen vaikeutuessa ja monimutkaistuessa asiakasperhe on tuki- tai yhteistyöasiakkuudessa. Huolenpitoasiakkuudessa on lisääntyvässä

määrin terveysongelmia ja sosiaalisen tuen tarvetta. Asiakassegmentit tulee tunnistaa jo palveluohjaustilanteessa. Asiakassegmentoinnin malli on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

5. **Omais- ja perhehoitoa kehitetään vahvemmaksi osaksi palvelurakennetta;** maakunnallisesti varataan riittävät resurssit omais- ja perhehoidon palveluiden toteuttamiseen, että ne voivat toimia vahvempana osana palvelurakennetta. Palvelurakennetta kehitettäessä tulee arvioida omais- ja perhehoidon kokonais- ja vaihtoehtoiskustannuksia; terveyspalvelujen, kotihoidon, tukipalvelujen ym. käytössä asiakkaiden osalta. Onnistunut omais- ja perhehoidon palvelujen toteuttaminen osana palvelurakennetta edellyttää useiden toimijoiden hyvää yhteistyötä ja yhteisesti sovittuja pelisääntöjä sääntökirjojen avulla (ks. kpl 2 ja 3).
6. **Hyödynnetään digitaalisia palveluja omais- ja perhehoidon palveluissa;** maakunnassa otetaan käyttöön sähköisiä ratkaisuja asiakasohjauksessa, hyödynnetään www.suomi.fi palvelutietovarantoa sote-yritysten palvelujen kuvaamisessa, järjestetään valmennusta ja opetusta digitaalisten ratkaisujen käytöstä yhteistyössä esimerkiksi järjestöjen ja kansalaisopistojen kanssa, mahdollistetaan sähköinen asiointi ja virtuaalisten verkostojen hyödyntäminen, hyödynnetään älykästä analytiikkaa toiminnan seurannassa ja kehittämisessä.
7. **Koordinoidaan perhehoitoa maakunnallisesti ja käyttöön otetaan perhehoidossa rekrytointimalli Perhehoitoliiton kanssa yhteistyössä;** perhehoitoa koordinoi omais- ja perhehoidon keskus tai perhehoitoyksikkö, perhehoidon järjestämistä ohjaa ja koordinoi ohjausryhmä, perhehoidon koordinaattori yhteen sovittaa palveluja yhteistyössä työntekijöiden ja perhehoitajien kanssa ja perhehoidon alueellinen vastuutyöntekijä tekee läheistä yhteistyötä perhehoitajien kanssa yhteistyölinkkinä perhehoitoyksikköön/ omais- ja perhehoidon keskukseen, rekrytoidaan valmennettuja perhehoitajia yhteistyössä Perhehoitoliiton kanssa maakunnallisesti ja ylimaakunnallisesti.

2 Onnistunut omaishoidon tukeminen

2.1 Maakunnallinen omaishoidon sääntökirja

Omaishoidon toimintamallin yhteneväisistä käytännöistä on laadittu sääntökirja/toimintaohje, joka sisältää tietoa siitä, miten Etelä-Savon maakunnassa järjestetään, tuotetaan ja toteutetaan omaishoitoa tukevia palveluja. Toisin sanoen, kuinka edellä kuvattua omais- ja perhehoidon toimeenpano-ohjelmaa toteutetaan käytännössä. Sääntökirja laadittiin maakunnallisessa työryhmässä, johon kuului maakunnan alueen omaishoidon tuessa työskenteleviä palveluohjaajia, vammaispalvelun työntekijöitä, perhehoidon koordinaattorit sekä omaishoitajia. Työryhmän vetämisestä vastaisi OSSI-hankkeen hankepäällikkö. Maakunnallinen työryhmä jatkaa toimintaansa hankkeen jälkeen, vetovastuun vaihtuessa vuorotellen Essoten, Sosterin ja Pieksämäen kesken.

Tutustu sääntökirjaan/toimintaohjeeseen www.essote.fi/omaishoito

ONNISTUMISEN AVAIMET

- Sitoutuminen kaikilla tasoilla: johto nimeää edustajat työryhmään mieluiten kuitenkin yhdistellen johto-/esimiestason henkilöitä ja työntekijöitä (palveluohjaajat).
- Mukana palvelujen käyttäjiä eli omaishoitajia (kehittäjäkumppaneita).
- Työskentelyä tehdään tavoitteellisesti. Alussa määritellään yhteinen tavoite, tarve ja aikataulu sekä taho, joka kokoaa sääntökirjan.
- Yhdenmukaiset palvelut, mutta erojakin saa olla: jotkin prosessin vaiheet tai päätöksentekotaho voivat olla eri organisaatioissa erilaiset, mutta pyritään yhteläisiin palveluihin, tukeen ja ohjaukseen. Yhdenmukaistaminen tapahtuu asteittain.
- Jokainen taho sitoutuu viemään lopputuotoksen (sääntökirja/toimintaohje) päätöksentekoon omassa organisaatiossaan, jolloin organisaatioiden sitoutuminen taataan.

2.2 Omaishoidon tuen toimintamalli

2.2.1 Toimintamallin kulku ja yhteydenpito omaishoitoperheeseen

Omaishoitotilanteen tunnistaminen

Omaishoidon tuki lähtee liikkeelle omaishoitotilanteen tunnistamisesta ja jatkuu aina omaishoitotilanteen päättymiseen saakka. Omaishoitotilanteen tunnistaminen voi nousta esille tukea tarvitsevan lähiyhteisöstä tai henkilö itse voi tunnistautua omaishoitajaksi. Ikääntyneiden, vammaisten sekä erityislasten parissa työskentelevät ammattilaiset ovat avainasemassa omaishoitotilanteen tunnistamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia koulutetaan tunnistamaan omaishoitajuutta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa alkava omaishoitotilanne voidaan tunnistaa, sitä todennäköisempää on omaishoitoperheen sujuva ja turvallinen arki.

Omaishoidon tuen hakeminen ja palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arviointi tehdään moniammatillisesti pääsääntöisesti 1-4 viikkoa kestävä arviointijakson aikana yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Arviointijakso koostuu arviointi- ja suunnitelmatapaamisesta. Jakson aikana omaishoitoperheelle pyritään löytämään mahdollisimman oikea-aikaiset ja räätälöidyt palvelut, jotka tukevat omaishoitoa parhaalla mahdollisella tavalla. Omaishoidettavan palvelutarvetta arvioidaan RAI-mittarilla, tarvittaessa käytetään myös muita mittareita, kuten esim. WHODAS-mittaria sekä tapauskohtaista harkintaa. Arvioinnissa otetaan huomioon:

- omaishoitajan kyky toimia omaishoitajana
- hoidon sitovuus ja vaativuus
- hoidettavan toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa (esim. liikkuminen, pukeutuminen, ravitsemustila)
- lääkityksen tarkistus (lääkehoidon arvioinnista hyötyvän tunnistaminen)
- vaihtoehtoisten ja korvaavien kommunikaatiomuotojen käyttäminen
- sairauksien/oireiden asianmukainen hoito
- yöllisen hoidon tarve
- omaishoidettavan suostumus omaishoidettavaksi

Asiakkaan kotona tapahtuvan arviointikäynnin yhteydessä, huomioidaan kodin olosuhteet, arvioidaan omaishoidettavan hoidon, huolenpidon ja palveluiden tarve sekä omaishoitajan palveluiden ja tuen tarve sekä tuen muut myöntämisedellytykset. Kotikäynti suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Asiakkaalta pyydetään lupa omaishoitotilanteeseen liittyvien asiakastietojen tarkasteluun. Asiakassuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa aloitetaan jo arviointikäynnin yhteydessä.

Kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten osalta palvelutarpeen arvioinnin omaishoidon tuesta tekevät vammaispalvelujen sosiaalityöntekijät, omaishoidon asiakasohjaajat, tarvittaessa yhteistyössä vammaispalvelun erityistyöntekijät ja/tai kehitysvammahuollon asiakasohjaajien kanssa. Arvioinnissa huomioidaan henkilön ikätasoa vastaava päivittäisen hoivan, huolenpidon, ohjauksen, valvonnan tarve ja hoidon sitovuutta. Lisäksi arvioidaan liikuntakykyä, kommunikaatiotaitoja sekä hoitotoimenpiteiden tarvetta. Päätöksenteon tukena käytetään lääkärinlausuntoa, muita hoitoisuuteen liittyviä lausuntoja sekä moniammatillista arviointityötä. Mikäli henkilökohtaisen avun kriteerit täyttyvät, vaihtoehtona voi olla omaishoito. Vaihtoehtoista keskustellaan yhdessä perheen kanssa. Vaihtoehtona voi myös olla sekä omaishoidontuki että henkilökohtainen apu, jolloin ne yhteen sovitetaan kokonaisuudeksi. Omaishoidontuki voi pienentää henkilökohtaisen avun tuntimäärän tarvetta.

Lisäksi arviointijaksoon kuuluu arviointikäynnin jälkeen tapahtuva **suunnitelmatapaaminen**, jossa käydään läpi omaishoitosopimus, tarkennetaan asiakassuunnitelma, laaditaan yhteydenpitosuunnitelma sekä nimetään omatyöntekijä, ellei ole jo aiemmin nimetty. Omaishoitoperheellä itsellään on myös mahdollisuus valita omatyöntekijä siitä verkostosta, joiden kanssa perhe on tekemisissä. Tarvittaessa suunnitelmatapaaminen toteutetaan, vaikka omaishoidon tuen päätös olisi kielteinen hoitopalkkion osalta. Suunnitelmatapaaminen voidaan toteuttaa asiakkaan kotona tai asiakas voi tulla palveluohjaajan / omatyöntekijän luo. Tapaaminen voidaan toteuttaa myös puhelimitse. Asiakkaan toiveita ja odotuksia kuullaan, ja ne sovitetaan yhteen ammattilaisen näkemyksen kanssa asiakassuunnitelmaan. Tarvittaessa järjestetään tarvittavat kommunikaation apuvälineet tai tulkkauspalvelu.

Viranhaltijapäätös ja omaishoitosopimus

Arviointijakson jälkeen omaishoidon tuesta tehtävään viranhaltijapäätökseen kirjataan sovitut omaishoitoa tukevat palvelut, omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion määrä sekä vapaapäivä oikeudet. Mikäli viranhaltijapäätös on kielteinen, tarjotaan asiakkaalle joka tapauksessa tarvittavia omaishoitoa tukevia palveluita sekä sovitaan vapaajärjestelyistä, joista tehdään erillinen päätös. Lisäksi tehdään omaishoitosopimus, mihin kirjataan:

- Sopimuksen voimassaolo (toistaiseksi tai määräaikainen)
- Sopimus hoitopalkkion määrästä ja maksupäivästä
- Oikeus lakisääteisiin vapaisiin ja vapaiden järjestämistavat
- Hoitopalkkion maksamisen keskeytykset; jos hoito keskeytyy äkillisesti hoidettavan terveydentilasta johtuvasta syystä
- Lakisääteinen tapaturmavakuutus
- Sopimuksen irtisanominen
- Sopimuksen liitteenä on asiakassuunnitelma
- Hoitopalkkion määrä tarkistetaan vuosittain palkkakertoimella.

Jos sopimus tehdään määräaikaisena, kirjataan asiakassuunnitelmaan, miten tarvittava hoito ja huolenpito toteutetaan omaishoitosopimuksen päättymisen jälkeen. Omaishoitosopimus tarkistetaan vuosittain tai tarvittaessa.

Hoitopalkkio

Omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion suuruus määräytyy hoidettavan toimintakyvyn, hoidon sitovuuden ja vaativuuden sekä kokonaisarvion ja harkinnan perusteella. Hoidettavan toimintakyvyn, hoidon sitovuuden ja vaativuuden arviointiin käytetään RAI-mittaria sekä tarvittaessa muita soveltuvia mittareita.

Asiakassuunnitelma

1. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta laaditaan asiakassuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelma sisältää asiakkaan palvelutarpeen edellyttämässä laajuudessa:
2. asiakkaan arvion ja ammatillisen arvion tuen tarpeesta
3. asiakkaan arvion ja ammatillisen arvion tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä
4. omatyöntekijän tai muun asiakkaan palveluista vastaavan työntekijän arvion asiakkaan terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömistä sosiaalipalveluista, niiden alkamisajankohdasta ja kestosta
5. tiedot siitä kuinka usein asiakas ja omatyöntekijä tai muu asiakkaan palveluista vastaava työntekijä tulevat tapaamaan
6. asiakkaan ja työntekijän arvion asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista
7. asiakkaan ja työntekijän yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään
8. arvion asiakkuuden kestosta
9. tiedot eri alojen yhteistyötahoista, jotka osallistuvat asiakkaan tarpeisiin vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen niiden kesken
10. suunnitelman toteutumisen seuranta, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot.

Asiakassuunnitelma on tarkistetaan tarvittaessa omaishoitotilanteen muuttuessa tai hoidettavan tai omaishoitajan pyynnöstä, mutta vähintään kerran vuodessa. Seuraava tarkastamisajankohta kirjataan asiakassuunnitelmaan. Asiakassuunnitelma sovitetaan yhteen asiakkaan muiden palvelujen ja tukitoimien kanssa. Asiakassuunnitelma on yhteinen omaishoidettavalle ja -hoitajalle omaishoidon tuen osalta. Omaishoitajalle laaditaan oma asiakassuunnitelma, jos hän tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja.

Kaikessa tuessa huomioidaan omaishoidettavan palvelutarpeen lisäksi myös omaishoitajan ja muiden läheisten tilanne ja tuen tarve sekä kartoitetaan tukiverkosto. Omaishoidon tuessa perheen kanssa toimitaan kumppanuusperiaatteella ja omatyöntekijä on perheen case manageri. Omaishoidon tuki järjestetään niin, että se turvaa yhdenvertaiset palvelut ja osallistaa asiakkaat palveluidensa suunnitteluun sekä arviointiin. Omaishoitoperheille turvataan yhdessä sovitut, oikea-aikaiset ja yksilölliset tuen muodot. Asiakasohjaus on keskeisessä roolissa tukemassa omaishoitajaa hoitotehtävässä. Sen tavoitteena on helpottaa, neuvoa, auttaa ja tukea omaishoitoperheiden elämää sekä koordinoida ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista.

Omaishoidon toimintamalli on kuvattu liitteessä 2.

2.2.2 Omatyöntekijä keskeisessä roolissa

Omaishoidon tukihakemuksen tai yhteydenoton saapuessa, perheelle nimetään omatyöntekijä, kuitenkin viimeistään arviointikäynnin jälkeen. Omatyöntekijällä tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan asiakkaalle asiakkuuden ajaksi nimettävää omatyöntekijää. Hän on omaishoitoperheen ”rinnalla kulkija” ja hänellä on keskeinen rooli omaishoidon tukemisessa. Onnistunut yhteistyö ja kumppanuus lisää luottamusta ja siten tukee omaishoitoperheen arkea. Omaishoitoperheen ympärillä on usein monesta eri toimijasta koostuva monialainen verkosto. Omatyöntekijäksi verkostosta voidaan nimetä se sosiaalihuollon ammattihenkilö, joka on eniten perheen kanssa tekemisissä. Omatyöntekijä voi olla omaishoidon tuen palveluohjaaja tai vammaispalvelujen työntekijä tai neuvolan työntekijä tai joku muu ammattihenkilö, joka kokoaa tarvittaessa verkoston koolle ja koordinoi omaishoitoperheen palvelukokonaisuutta. Perheen ja omaishoidettavan tilanteen muutuksessa voidaan verkostosta nimetä uusi omatyöntekijä.

Omatyöntekijän tehtävänä on:

- tukea asiakasta tämän omien ja asiakassuunnitelmassa asetettujen tuen tarpeisiin vaikuttavien tavoitteiden saavuttamisessa sekä omien voimavarojen vahvistamisessa ja käyttämisessä. Jälkimmäinen edellyttää henkilön fyysisten, psyykkisten ja kognitiivisten voimavarojen tunnistamista, jonka pohjana usein on tuen tarpeen selvittäminen.
- seurata, kuinka palveluilla ja tukitoimilla vaikutetaan ja vastataan asiakkaan tuen tarpeisiin.
- neuvoa, ohjata ja auttaa asiakasta palvelujen ja tukitoimien hakemiseen liittyvissä asioissa. Asiakkaan tarpeista riippuen omatyöntekijälle voidaan sopia myös muita tehtäviä.

- tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa, ja varmistuu siitä, että asiakkaan palvelut vastaavat hänen tarpeitaan ja tukevat hänen toimintakykyä ja hyvinvointia.

2.2.3 Omaishoitajan terveys- ja hyvinvointitarkastus sekä oma tavoite ohjaavat hyvinvointisuunnitelman laatimista

Omaishoidon tuen palvelukokonaisuuteen sisältyy hyvinvointi- ja terveystarkastus, johon omaishoitajalla on myös lakisääteinen oikeus. Omaishoitaja ohjataan hyvinvointi- ja terveystarkastukseen heti omaishoidon arviointi- tai seurantakäynnin yhteydessä. Sen jälkeen tarkastuksessa suositellaan käytäväksi kahden vuoden välein tai tarvittaessa. Tarkastuksessa selvitetään omaishoitajan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja terveydentilaa. Lisäksi selvitetään mahdolliset sairaudet ja niiden vaatima hoito sekä elämäntilanne ja sosiaaliset verkostot. Tarkastuksessa käytetään COPE-indeksiä ja/tai Ascot-elämänlaatumittaria (ASCOT-elämänlaatumittarin käyttöön on haettava linsenssiä Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitokselta), joilla kartoitetaan avun ja tuen tarvetta sekä koko perheen ja lähiverkoston olemassa olevia voimavaroja. Lisäksi voidaan käyttää apuna myös muita mittareita: GDS-mittari, Audit-kysely ja THL:n väkivaltaseula. Omaishoitajien lääkehoidon moniammatillinen arviointi kuuluu tarvittaessa myös osaksi tarkastusta (ks. lääkehoidon malli kpl 2.2.8). Tarkastuksen tekevä terveydenhoitaja keskustelee tarvittaessa omaishoitajan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja terveydentilasta yhdessä omatyöntekijän kanssa suhteessa kykyyn toimia omaishoitajana. Tarkastuksella tuetaan omaishoitajaa tekemään hänen omaa terveyttään ja hyvinvointiaan edistäviä valintoja. Tarvittaessa ohjataan asiakas lääkärin ja/tai muun sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan arvioon.

Omaishoitajana toimimisen esteenä voi olla:

- todettu (diagnosoitu) muistisairaus, mikä on edennyt sellaiseen vaiheeseen, että edellytykset omaishoitajana toimimiseen eivät enää täyty (lääkärin lausunto tarvittaessa)
- vakavia mielenterveyden ongelmia (arvioidaan GDS mittarilla, lääkärin lausunto tarvittaessa)
- päihteiden väärinkäyttöä (arvioidaan tarvittaessa audit-kyselyllä)
- perhetilanne tai elämäntilanne selvästi rajoittaa toimimista omaishoitajana (arvioidaan tarvittaessa THL:n väkivaltaseulalla)

Omaishoitajan omat tavoitteet ovat hyvä lähtökohta omaishoidon tuen palvelutarpeen määrittelyssä ja hyvinvointisuunnitelman laatimisessa seuratapaamisen yhteydessä. Tavoitteet voivat olla asioita, joihin omaishoitaja toivoo ratkaisua ja muutosta. Ne voivat myös olla hänelle tärkeitä voimavarojen lähteitä, joiden säilymisen hän haluaa varmistaa.

Hyvät tavoitteet ovat omaan arkeen liittyviä ja käytännönläheisiä. Tavoitteen miettiminen auttaa omaishoitajaa toteuttamaan toiveitaan, pyytämään apua läheisiltään tai järjestämään arkea eri tavoin. Tavoitteet auttavat myös palvelujen ja tuen suunnittelussa sekä vaikutusten arvioinnissa. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan seuranta- ja arviointikeskustelussa sovitun ajan kuluttua (Xamk 2018).



Kuvio 2. Omaishoitoperheen omat tavoitteet (Maarit Karhula/Xamk, Sari Saukkonen/Xamk, Marina Steffansson/Diak)

Katso lisää elämänlaatumittareista

Saukkonen, S. 2018. Omaishoitajan hyvinvointia tukevat tavoitteet. Elämänlaatumittarit apuvälineenä.

Saukkonen, Sari; Karhula, Maarit; Steffansson, Marina; Kettunen, Aija (2018) Omaishoitoperheen tuen tarpeen arviointi : Omaishoidon alkuarviointiprosessissa pilotoidut mittarit.

2.2.4 Omaishoitajien vapaapäivät

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään **kaksi vuorokautta** kalenterikuukautta kohti jos hoidon sitovuus ei ole ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin sitovaa. Sosiaalihuoltolain 27 b § mukaan kahden vuorokauden vapaaseen ovat oikeutettuja myös ne omaistaan hoitavat, joilla ei ole tehtynä sopimusta omaishoidosta. Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään **kolme vuorokautta** kalenterikuukautta kohti, jos hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sitovuus on ympärivuorokautista siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- ja terveyspalveluja taikka saaden kuntoutusta tai opetusta.

Omaishoitajaa kannustetaan pitämään vapaat säännöllisesti kuukausittain, näin tuetaan omaishoitajan jaksamista. Tarvittaessa omaishoitaja voi myös jaksottaa ja pitää lakisääteisen vapaan enintään kolmena alle vuorokauden pituisena jaksona siten, että jaksojen pituus yhteensä ei ylitä 24 tuntia. Vapaan jaksottamisesta on hyvä sopia omaishoitotosopimuksessa. Pääsääntöisesti on hyvä sopia vapaat pidettäväksi puolen vuoden sisällä siitä, kun ne on ansaittu.

Omaishoitajan vapaapäivien aikaisen hoivan järjestämiseen on oltava erilaisia vaihtoehtoja. Lisäksi, kun vapaapäivien toteuttamisesta tehdään suunnitelma yhdessä perheen kanssa suunnitelmatapaamisen yhteydessä, se sitouttaa omaishoitajia pitämään vapaapäivät, jolloin heidän jaksamisensa säilyy parempana. Vaihtoehtoina voi olla:

- Toimeksiantosopimuksella toteutettava sijaishoito
- Omaishoidon vapaapäivien työntekijä
- Perhehoito
- Ympärivuorokautinen jaksohoito
- Päivätoiminta
- Palveluseteli
- Kotihoito

2.2.5 Sosiaalihuoltolain mukainen vapaa

Tuen tarpeessa olevan henkilön päivittäin sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle tai läheiselle voidaan järjestää vapaapäiviä ja omaishoitajalle lakisääteisten vapaiden lisäksi alle vuorokauden pituisia virkistysvapaata. Myös ilman omaishoitotosopimusta omaistaan tai läheistään hoitavat henkilöt tarvitsevat lepoa, virkistystä ja vapaapäiviä. Silloin kun hoidon ja huolenpidon edellytetään olevan päivittäin sitovaa tulee heille sosiaalihuoltolain (27b§) mukaan järjestää vapaata. Vapaapäiviä ja virkistysvapaita järjestetään samoilla edellytyksillä kuin omaishoitotosopimuksen tehneille omaishoitajille.

2.2.6 Omaishoidon palveluseteli

Omaishoitoa tukevia palveluja voidaan järjestää myös palvelusetelillä.

2.2.7 Erityiset omaishoitotilanteet

Muistisairaiden omaishoito:

- Omatyöntekijän yhteistyö muistihoitajien kanssa esim. yhteisinä arviointikäynteinä tai seurantatapaamisina.
- Yhteistyö/konsultointi geriatrin kanssa.
- Omaishoitoperheen ohjaaminen Muistiyhdistyksen/Muistiluotsin toimintaan ja omaishoitajayhdistyksen MuistiOvet-valmennukseen.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien omaishoito:

- Tunnistaminen ja läheisten tukeminen, koska omaishoitajuus saattaa kehittyä hitaasti. Kaikki eivät halua olla virallisia omaishoitajia, mutta tuen tarve silti olemassa.
- Yhteiskäynti esim. psykiatrisen hoitajan kanssa (arviointi- ja seurantakäynnit).
- Huomioi omaiset- koulutus mielenterveys- ja päihdepalvelujen työntekijöille, jotta sairastuneen läheisen tukemiseen osataan kiinnittää huomiota. Huomioi omaiset-koulutukset yhteistyössä FinFamin kanssa.
- Omaisen ohjaaminen järjestöjen vertaistukiryhmiin.

Erityislasten omaishoito:

Kehitysvammaisten Palvelusäätiö on koonnut OSSI-hankkeen aikana "Lasten ja nuorten omaishoitoperheiden hyvä arki ja perhelähtöinen tuki - Työkirja nykyhetken ja tulevaisuuden suunnitteluun" (Kehitysvammaisten Palvelusäätiö 2018), joka kokoaa yhteen hyvät Etelä-Savossa, Etelä-Karjalassa ja Kainuussa kehitetyt käytännöt omaishoitoperheen tukemiseen. Kainuun sotien Erinomainen osahankkeessa laadittu erityislasten omaishoidon toimintamalli on kuvattu liitteessä 3.

Erityislasten omaishoidon tuessa korostuu omatyöntekijän rooli ja moniammatillinen yhteistyö palveluverkostossa. Omatyöntekijäksi verkostosta olisi hyvä nimetä se työntekijä, joka on perheen kanssa eniten tekemisissä, lisäksi on huomioita perheen toiveet. Omatyöntekijä koordinoi perheen tilanteen seuranta ja arviointia moniammatillisesti palveluverkoston kanssa.

Lasten omaishoidossa on tärkeää, että vanhemmat saavat ohjausta ja neuvontaa ajasta ja paikasta riippumatta. Myös omaishoitajan valmennukseen osallistuminen voidaan toteuttaa etäyhteydellä. OSSI-hankkeessa tehtiin Internetin kautta katsottavat omaishoidon valmennus videot (ks. kpl 2.2.10).

2.2.8 läkkäiden lääkehoidon moniammattillinen arviointi (ILMA)

Askeleet ILMA-mallin käyttöönottoon:

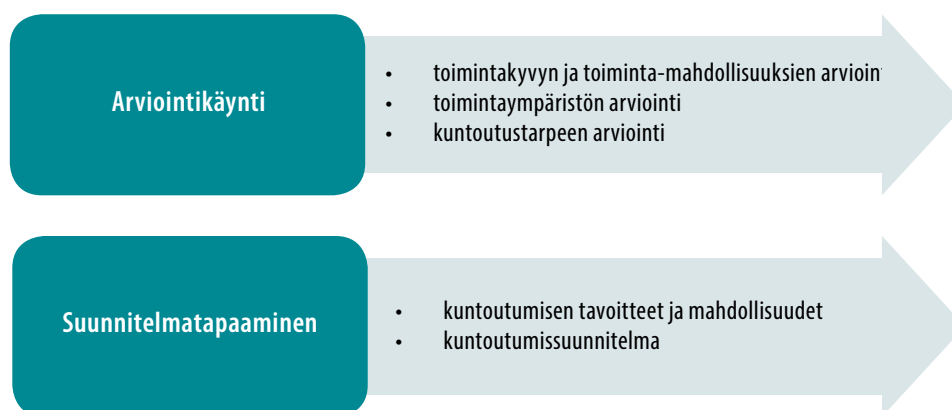
1. Kootaan moniammattillinen työryhmä (lääkäri, hoitaja, farmaseutti), joka sitoutuu tekemään lääkehoidon arviointeja.
 - Sosterissa ja Essotessa sovittiin, että kotihoidon lääkäri toimii omaishoidettavien vastuulääkärinä, mikäli omaishoidettava ei ole muun säännöllisen hoidon seurannan piirissä.
 - Sosterin ja Essoten sairaala-apteekit sitoutuivat antamaan kliinisten farmaseuttien resurssia arviointien tekemiseen.
2. Koulutetaan arviointeihin osallistuvat tahot
 - OSSI-hankkeen aikana kuvatut koulutusten esitykset on tallennettu Fimean verkkosivuille, ja niitä voi käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden koulutuksissa (Fimea 2017).
3. Sovitaan prosessin kulku ja kirjaamistavat.
 - Joko kotihoidon sairaanhoitaja tai omaishoidon tuen sairaanhoitaja/palveluohjaaja voi käynnistää lääkehoidon arvioinnin.
 - Tarkempi prosessi (liite 4).

Sosterissa otettiin käyttöön myös **RAI Feenix-lääkeseula**, joka on sähköinen lääkitysriskien tunnistamisen sovellus tunnistamaan hoidollisesti merkittäviä lääkitysriskejä ja lääkeshoidon arvioinnista hyötyviä.

2.2.9 Kuntoutus

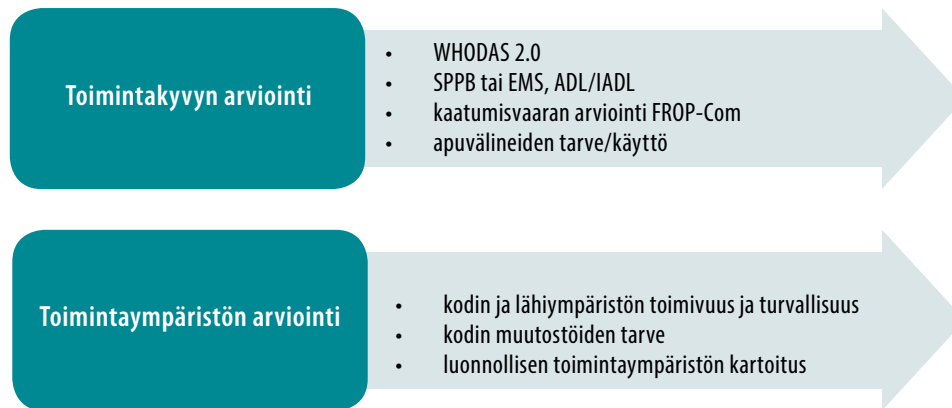
Omaishoidon tuki on monialaista yhteistyötä. Kuntoutuksen ammattilaisen ja omaishoidon omatyöntekijän yhteiskäynti omaishoitoperheeseen arviointijakson aikana antavat kattavamman kuvan perheen tuen ja kuntoutuksen tarpeesta sekä opettavat molemmien puolin moniammattilliseen yhteistyöhön. Palveluohjaus tulee tutuksi kuntoutuksen ammattilaiselle ja kuntoutuksen asiat palveluohjaajalle, minkä myötä osataan hyödyntää monialaista osaamista paremmin. Suunnitelmatapaamisella laaditaan kuntoutumisen tavoitteet yhteistyössä asiakkaan kanssa ja määritellään kuntoutumiselle konkreettisia arkeen liittyviä tavoitteita ja mietitään keinoja. Ammattilaisten käyttöön tarkoitettu

palvelutarjotin sisältää myös kuntoutuspalveluja ja muita toimintakykyä ja hyvinvointia ylläpitäviä palveluja. Asiakkaan osallistuminen aktiivisesti kuntoutumisuunnitelman tekoon sitouttaa häntä toteuttamaan suunnitelmaa itse asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Myös omaishoitajaa voidaan tukea oman hyvinvointisuunnitelman laatimisessa. Seurantatapaamiset tarjoavat mahdollisuuden toimintakyvyn seurantaan sekä kuntoutumis- ja hyvinvointisuunnitelmien päivitykseen muun palvelun tarpeen arvioinnin yhteydessä.



Toimintakyvyn arvioinnissa on käytettävissä useita eri mittareita ja arviointimenetelmiä. WHODAS 2.0 arviointimenetelmällä saatua toimintakykyindeksiä täydennetään tarvittaessa muilla mittareilla. Käyttökelpoisia ovat olleet esimerkiksi lyhyt fyysisen suorituskyvyn mittaristo SPPB tai Elderly Mobility Scale EMS-mittari. Päivittäisten toimintojen pilkkominen pienempiin osiin on tarpeellista asiakkaan voimavarojen sekä avustuksen tarpeen määrittämiseksi. Omaishoitajan ohjaus ja neuvonta puolesta tekemisestä rinnalla kulki-jaksi on oleellista, jotta omaishoidettavan toimintakyky säilyy ja omaishoitajan kuormittuminen pysyy hänen voimavaroilleen sopivana. Kaatumisvaaran arviointi kuuluu luonnollisena osana toimintakyvyn arviointia. Lisäksi on käytettävissä lukuisia muita mittareita arvioimaan muun muassa ravitsemustilaa, alkoholin käyttöä, muistitoimintoja tai mielialaa. Nämä mittarit voivat toimia luontevasti puheeksioton välineinä. Apuvälineiden käyttö ja käytön ohjaus, apuvälinetarpeen kartoittaminen sekä apuvälinetarjonnasta tiedottaminen kuuluu arviointikäynnin sisältöön.

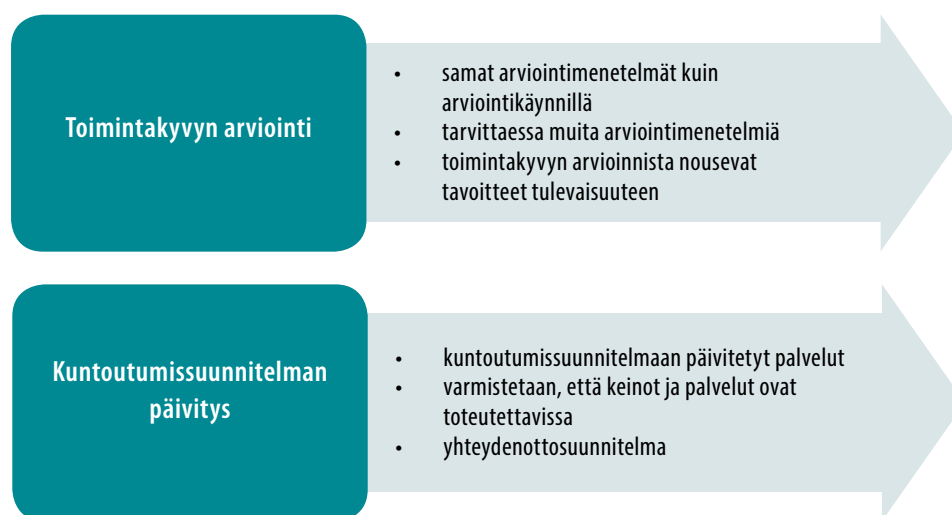
Toimintaympäristön arviointi käsittää sekä kotiympäristön, välittömän lähiympäristön että luonnollisen toimintaympäristön turvallisuuden ja toimintamahdollisuuksien arvioinnin. Kodin arvioinnissa on käytettävissä erilaisia tarkastuslistoja. Kodin muutostöiden tarvetta arvioidaan ja opastetaan niiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Luonnollisen toimintaympäristön kartoituksen avulla selvitetään mahdollisuuksia liikkua harrastusten tai palvelujen piiriin.



Kuntoutustarpeen arvioinnin perusteella ohjataan asiakaslähtöisesti toimintakykyä edistävien palvelujen ja toimintojen piiriin. **Kuntoutumissuunnitelma** voi sisältää yksilöllisesti annettuja ohjeita toimintakyvyn ja fyysisen suorituskyvyn kohenemiseksi, apuvälinesuunnitelman, kotikuntoutusta lyhempinä tai pidempinä jaksoina, kuntouttavaa päivätoimintaa, kodin muutostöiden suunnitelman, vapaaehtoistoiminnan tukea osallistumiseen, harrastusryhmiin osallistumista tai julkisen tai yksityisen tahon kuntoutuspalveluja. Tavoitteiden asettelussa monialaisen yhteistyön mahdollisuuksia tulee hyödyntää tehokkaasti ja kuntoutuksen ammattilaisen tukea kannattaa hyödyntää myös omaishoitajan hyvinvointisuunnitelman laatimisessa.



Tilanne omaishoitoperheissä voi muuttua lyhyessäkin ajassa. Toimintakyvyn tarkastelu ja kuntoutumissuunnitelman päivitys vähintään kerran vuodessa on tarpeellista. Luotettavat mittarit tarjoavat seurantatietoa ja perusteita esimerkiksi kuntoutuspalveluiden valintaan. Yhteydenottosuunnitelmalla varmistetaan myös kuntoutuksen ammattilaisen tarjoama tuki äkillisten toimintakyvyn tai arkielämän tilanteiden muutosten aikana.



2.2.10 Valmennukset ja koulutukset omaishoitajille

Omaishoitolain 3 a §:n (511/2016) mukaan omaishoitajille on järjestettävä valmennusta ja koulutusta hoitotehtävää varten. Omaishoitajien valmennus omaishoitajuuteen tapahtuu osana omaishoidon tuen arviointijaksoa omaishoitotilanteen alussa ja säännöllisesti arvioiden, milloin tilanne sen uudelleen vaatii. Omaishoitaja ohjataan Omaishoitajaliiton paikallisjärjestön Ovet-valmennukseen.

Omaishoitajille järjestetään yhteistyössä järjestöjen kanssa koulutusta, jonka tavoitteena on tukea omaishoitajan osaamisen kehittämistä ja valmiuksien ylläpitämistä omaishoitosuhteen aikana. Koulutusta järjestetään erilaisina ryhmämuotoisina tilaisuuksina/tapahtumina. Omaishoitoperheet saavat tietoa suunnitelluista koulutustapahtumista kirjeitse tai tieto jaetaan omaishoidon tukikäynnillä. Omaishoitajat voivat itse valita oman tarpeensa mukaan ne koulutukset, joihin haluavat osallistua.

1. Valmennus tapahtuu arviointi- ja valmennusjakson aikana, kun omatyöntekijä tapaa omaishoitoperhettä.
2. Henkilökohtaisen valmennuksen lisäksi voidaan järjestää ryhmämuotoista valmennusta uusille omaishoitajille.

Ryhmävalmennuksessa paikalla voi olla omaishoidon tuen palveluohjaajia, vammaispalvelun työntekijöitä, sekä paikallisen omaishoitoyhdistyksen työntekijöitä. Tarvittaessa myös muita yhdistyksiä.

3. Erityislapsiperheiden tarpeisiin on kehitetty valmennusvideot, jotka voi katsoa internetin välityksellä ajasta ja paikasta riippumatta (www.essote.fi/omaishoito).
4. Suomen Punaisen-Ristin kanssa yhteistyössä on laadittu omaishoitajille räätälöity ensiapukoulutus.
 - Ensiaputaitoja omaishoitajalle -kurssi on kuuden tunnin mittainen koulutus suunnattuna erityisesti omaishoitoperheiden tarpeisiin
 - Tunnetaidot osana vuorovaikutusta -koulutus on neljän tunnin mittainen koulutus, joka on kohdennettu erityisesti omais- ja perhehoitajien tarpeisiin, mutta koulutus soveltuu myös omaishoitoperheiden kanssa toimiville työntekijöille ja vapaaehtoisille.

2.2.11 Omaishoidon tuen asiakkuuden päättyminen

Omaishoidon tuen päättymisen yhteydessä tehdään nimetyn omatyöntekijän toimesta seurantatapaaminen, jossa annetaan asiakasohjausta uudessa muuttuneessa elämäntilanteessa ja ohjataan omaishoitaja mm. Omaishoitaja yhdistysten tarjoamiin vertaistukiryhmiin tai vapaaehtoistoimintaan. Omaishoitajalta pyydetään palautetta omaishoidon tuen palveluista. Lisäksi omaishoitajalle tarjotaan mahdollisuus hyvinvointi- ja terveystarkastukseen, jonka tavoitteena on antaa ohjausta ja neuvontaa omaishoitajan muuttuneessa elämäntilanteessa.

Omaishoidon tuki päättyy ilman irtisanomista sen kuukauden loppuun, jonka aikana hoidettavan hoito terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi. Omaishoitosopimus irtisanotaan kahden kuukauden irtisanomisajalla. Omaishoitaja voi myös itse irtisanoa sopimuksen yhden kuukauden irtisanomisajalla. Jos sopimuksen jatkaminen vaarantaa hoidettavan tai hoitajan terveyden tai turvallisuuden, tulee omaishoidon tuen sopimus purkaa välittömästi palvelun järjestäjän toimesta. Hoitajaa ja hoidettavaa kuullaan ennen sopimuksen purkamista. Päätöksen sopimuksen päättymisestä tekee sopimuksen tehnyt viranhaltija. Omaishoitosopimusta koskeva riita käsitellään hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa siten kuin hallintolain käyttölaissa (586/1996) säädetään. Omaishoidon tuen irtisanomisesta tehdään viranhaltijapäätös.

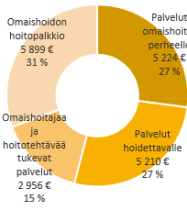
Omaishoidon kustannusesimerkkejä

ARJESSA PÄRJÄÄMINEN

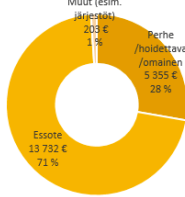
Vaikeaa

TUKIASIAKAS

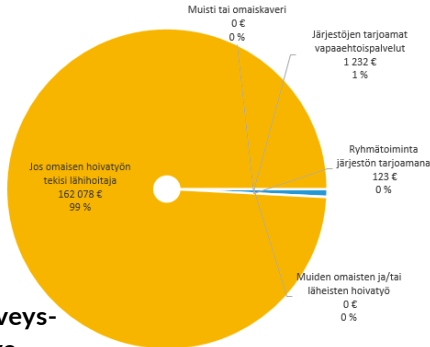
Palvelujen kustannukset 19 000 €



Kustannusten maksajat



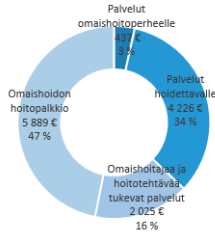
Omaisten hoivatyön ja vapaaehtoispalvelujen laskennalliset kustannukset 163 500 €



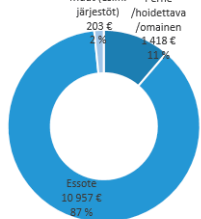
Sosiaali- ja terveys-
palvelujen tarve

Harvoin

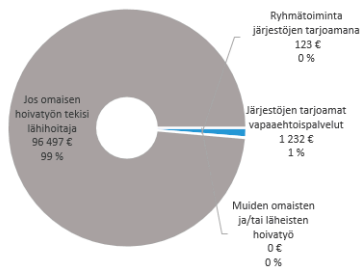
Palvelujen kustannukset 12 600 €



Kustannusten maksajat



Omaisten hoivatyön ja vapaaehtoispalvelujen laskennalliset kustannukset 97 900 €

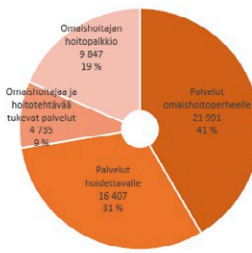


PÄRJÄÄJÄ- ASIAKAS

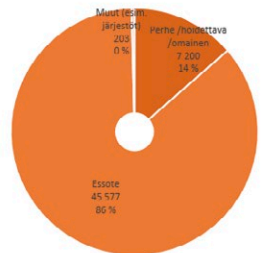
Helppoa

HUOLENPITOASIAKAS

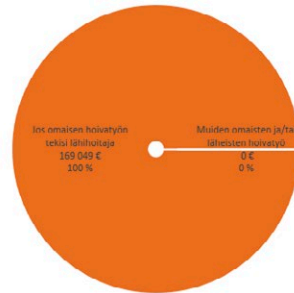
Palvelujen kustannukset 53 000 €



Kustannusten maksajat

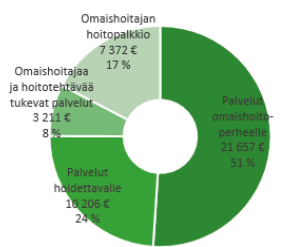


Omaisten hoivatyön ja vapaaehtoispalvelujen laskennalliset kustannukset 169 000 €

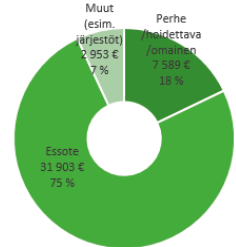


Usein

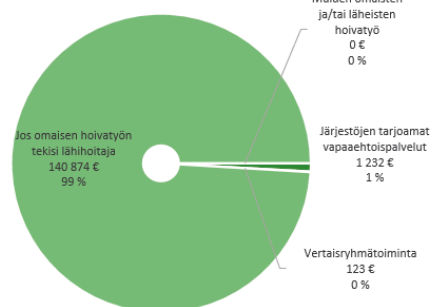
Palvelujen kustannukset 42 500 €



Kustannusten maksajat



Omaisten hoivatyön ja vapaaehtoispalvelujen laskennalliset kustannukset 142 000 €



YHTEISTYÖ- ASIAKAS

2.3 Omaishoidon kustannukset

Omaishoidon kustannuksia ja kustannusten jakautumista pystytään arvioimaan asiakassegmenteittäin ja asiakasperheittäin (ks. ed. sivun kuvio). Omaishoitajien ja vapaaehtoisten tekemän työn määrä ja arvo tehtiin näkyväksi hinnoittelemalla ne vastaavan palkallisen työn kustannuksilla. Kustannuslaskennan myötä kustannustietoisuus erilaisista palveluista lisääntyy ja auttaa palvelukokonaisuuksien suunnittelussa. Tiedon saatavuuden ja hyödyntämisen lisääminen edellyttää yhteistyötä omaishoidon palveluja ja niiden kustannuksia tuntevien sekä niistä päättävien tahojen välillä. Omaishoitajien työn määrä ja arvo voi olla huomattava, mikä auttaa ymmärtämään omaishoitotilanteiden kuormittavuutta sekä siihen ryhtymiseen liittyviä haasteita. Omaishoitoperheen maksettavaksi jäävien palvelujen kustannusten näkyväksi tekeminen tuo uutta tietoa omaishoitoperheeseen kohdistuvasta taloudellisesta kuormituksesta.

2.4 Toiminnan seuranta ja arviointi

Kappaleessa 2 kuvattu omaishoidon toimintamalli mahdollistaa toiminnan seurannan ja arvioinnin monella tasolla:

- **Omaishoitoperheet:** yhdenvertaiset palvelut ja yhtäläinen toimintamalli kaikille. Yhteydenpito omatyöntekijän kanssa ja seuratankäynnit vähintään kerran vuodessa varmistavat sen, että omaishoitoperhe voi seurata yhdessä ammattilaisen kanssa omia tavoitteitaan ja palvelujaan säännöllisesti.
- **Omatyöntekijät, palveluohjaajat, työntekijät:** Yhdenmukaiset työkalut, päätöksenteko, kirjaaminen ja tilastointi. Yhdenmukaiset työkalut ja kirjaaminen helpottaa omatyöntekijää/palveluohjaajaa arvioimaan omaishoitoperheiden tilanteita (verrattavuus). Mittaritietojen yhdenmukainen kirjaaminen asiakastietojärjestelmään tukee omaishoitoperheen hyvinvoinnin seurantaa ja oikea-aikaisten palvelujen järjestämistä. Asiakastietojärjestelmän SBM/Serena-asiakkuussovelluksen avulla omatyöntekijä pystyy seuraamaan asiakkaan toimintakykyä ja palvelujen käyttöä sekä kohdentamaan tämän tiedon perusteella palveluja entistä asiakaslähtöisemmin.
- **Organisaatio:** Yhdenmukaisen tilastoinnin avulla voidaan seurata asiakasmääriä ja kustannuksia. Laaditun asiakassegmentointia hyödyntävän kustannusmallin avulla voidaan arvioida sitä, mihin tilanteisiin omaishoidon palveluja tarjotaan.
- **Alueellisuus:** Maakunnallinen työryhmä arvioi maakunnallista sääntökirjaa vuosittain ja tekee tarvittavat muutokset.

3 Onnistunut perhehoidon tukeminen

3.1 Maakunnallinen perhehoidon sääntökirja

Kappaleessa 2.1 on kuvattu maakunnallisen työryhmän työskentelyä. Samassa työryhmässä oli myös Etelä-Savon alueelta perhehoidon koordinaattorit/vastaavat työntekijät. Perhehoidon sääntökirja/toimintaohje koottiin samassa prosessissa rinnakkain omaishoidon sääntökirjan kanssa. Tämä mahdollistaa sen, että perhehoito on erityisesti omaishoitoperheitä hyödyttävä tukipalvelu.

Sääntökirjassa kuvataan, kuinka Etelä-Savon maakunnan alueella toteutetaan ikäihmisten ja vammaisten henkilöiden toimeksiantosopimussuhteista perhehoitoa. Sääntökirjan tavoitteena on yhtenäistää perhehoidon toteuttamistapa maakunnan alueella.

Tutustu sääntökirjaan/toimintaohjeeseen www.essote.fi/perhehoito

ONNISTUMISEN AVAIMET

- Sitoutuminen kaikilla tasoilla: johto nimeää edustajat työryhmään mie-luiten kuitenkin yhdistellen johto-/esimiestason henkilöitä ja työnteki-jöitä (palveluohjaajat).
- Mukana palvelujen käyttäjiä eli omaishoitajia (kehittäjäkumppaneita).
- Työskentelyä tehdään tavoitteellisesti. Alussa määritellään yhteinen ta-voite, tarve ja aikataulu sekä taho, joka kokoaa sääntökirjan.
- Yhdenmukaiset palvelut, mutta erojakin saa olla: jotkin prosessin vai-heet tai päätöksentekotaho voivat olla eri organisaatioissa erilaiset, mutta pyritään yhteläisiin palveluihin, tukeen ja ohjaukseen. Yhdenmu-kaistaminen tapahtuu asteittain.
- Jokainen taho sitoutuu viemään lopputuotoksen (sääntökirja/toiminta-ohje) päätöksentekoon omassa organisaatiossaan, jolloin organisaatioi-den sitoutuminen taataan.

Yksi tärkeimmistä onnistumisen tekijöistä perhehoitoa palvelumuotona käynnistettäessä on organisaation yhteistyö Perhehoitoliiton kanssa. Perhehoitoliitolla on valmiit koulutuskokonaisuudet ja heidän asiantuntemuksensa ja kokemuksensa hyödyntäminen on ollut ensi arvoisen tärkeää.

3.2 Perhehoidon koordinaattori

Jotta perhehoito juurtuu osaksi palvelurakennetta, tarvitaan alueelle tai organisaatioon siitä vastaava työntekijä. Perhehoidon koordinaattorin tehtävänä on:

- ennakkovalmennusten järjestäminen
- ammattilaisten kouluttaminen eli prosessikoulutusten järjestäminen
- perhehoidon markkinointi ja tiedottaminen
- perhehoitajien tuki
- etenkin alussa, tukea palveluohjaajia/ammattilaisia perhehoidon prosessin toteuttamisesta.
- perhekotien valvonta

Perhehoidon koordinaattorin tehtävänä on lisäksi toimia yhteistyössä valtakunnallisten verkostojen kanssa, joita koordinoi Perhehoitoliitto. Tämä mahdollistaa tiedon ja kokemusten vaihdon sekä yhteistyön eri alueiden välillä.

3.3 Perhehoidon prosessi

3.3.1 Prosessikuvaus

Perhehoidon prosessin määrittelemine, asiakasohjaus ja eri tahojen vastuiden määrittely ovat keskeisessä roolissa perhehoidon lisäämisessä.

Perhehoidon prosessi on kuvattu liitteessä 5.

Perhehoitopaikat tulee olla perhehoidosta vastaavien palveluohjaajien nähtävillä jaksahoitosovelluksessa. Varauksen perhekotiin tekee aina oman alueen perhehoidosta vastaava palveluohjaaja, koska hänellä on tieto, mikä koti sopii kyseiselle asiakkaalle. Perhehoito hoidettavan kotona eli ns. kiertävät perhehoitajat tarjoavat mahdollisuuden omaishoitajalle lähteä kodin ulkopuolelle ja siten päästä irti arjen kuormittavuudesta. Perhehoidosta vastaava palveluohjaaja/perhehoidon koordinaattori seuraa ja välittää kiertäviä perhehoitajia omaishoitoperheisiin.

3.3.2 Prosessikoulutukset

Ammattilaisten kouluttamiseen on panostettava, sillä vain sen avulla perhehoitoon sijoittaminen ja asikkaiden ohjaaminen onnistuu.

Perhehoitoliiton ammattilaisille suunnattujen perhehoidon prosessikoulutusten tavoitteena on perhehoidon tutuksi tekeminen, asiakasohjauksen prosessin sujuvoittaminen ja verkostomaisen yhteistyön vahvistaminen. Koulutus sisältää tietoa siitä, mitä perhehoito on, miten sinne haetaan ja kenelle sitä myönnetään ja miten. Koulutuksen avulla perhehoidon prosessit yhdenmukaistuvat ja palveluohjaajien/ammattilaisten verkostot laajenevat.

3.3.4 Ennakkovalmennukset

Perhehoidon markkinointiin ja uusien perhehoitajien rekrytointiin ja valmennukseen on panostettava

1. Kouluttajakoulutukset

Perhehoitoliiton kouluttajakoulutuksessa valmennetaan perhehoidon työntekijöitä ja perhehoitajia toimimaan perhehoitajien ennakkovalmennusten vetäjinä. Kouluttajakoulutukseen osallistuneet perhehoitajat voivat toimia kokemuskouluttajina työntekijän kouluttajaparina perhehoitajien ennakkovalmennuksissa.

2. Rekrytointi

Uusien perhehoitajien rekrytoinnissa voidaan hyödyntää monikanavaista ilmoittelua ja jatkuvaa rekrytointia Kuntarekryn kautta.

3. Ennakkovalmennusten järjestäminen

Ennakkovalmennus on tarkoitettu perhehoitajaksi aikoville henkilöille ennen perhehoidon aloittamista. Ennakkovalmennuksessa käytetään Perhehoitoliiton valmennusohjelmaa. Alueella uutena aloittavan, muualla aiemmin jo toimineen perhehoitajan valmennuksesta sovitaan tapauskohtaisesti ja se toteutetaan perhehoitajan tarpeiden ja ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella. Perhehoitajan jo suorittamasta perhehoidon ennakkovalmennuksesta saatu todistus ja loppuarvioinnin sisältö tarkastetaan ja käydään läpi yhdessä keskustellen.

Ikäihmisten ja vammaisten henkilöiden perhehoitajia valmennetaan Perhehoitoliiton valmennusohjelman mukaisesti. Perhehoidon koordinaattorin tai vastuutyöntekijän osallistuminen ennakkovalmennukseen kouluttajana on hyödyllistä, silloin avoin ja luottamuksellinen yhteistyö uusien perhehoitajien kanssa alkaa alusta.

pitäen. Ennakkovalmennukseen kuuluu myös palo- ja pelastuslaitoksen osuus perhekotien paloturvallisuudesta sekä tietoa kotikuntoutuksesta ja perhehoidon asiakkaiden kaatumisenehkäisystä.

3.4 Perhehoidon tukimuodot

Sisältö perhehoidon tukimuodoista on kirjattu Etelä-Savon ikäihmisten ja vammaisten henkilöiden perhehoidon sääntökirjaan (2019).

3.4.1 Sijaistukset

Yksi tärkeimmistä perhehoidon tukimuodoista on perhehoitajien vapaiden aikainen sijaistus, jotta perhehoito on houkutteleva elämäntapa.

Sijaisjärjestelyn vaihtoehdot:

- toimeksiantosopimus tehdään sijaisuuden ajaksi kiertävän perhehoitajan kanssa
- toimeksiantosopimus tehdään toisen perhehoitajan kanssa, ja ikäihminen siirtyy vapaan ajaksi hänen luokseen
- ikäihmiselle järjestetään muu lyhytaikaishoito
- ikäihmisen läheiset vastaavat hoivasta ja huolenpidosta perhehoitajan vapaan ajan, jolloin kunta/ kuntayhtymä hyvittää asiakasmaksut vapaan ajalta
- perhehoitajalle voidaan myöntää perhehoitajan vapaan palveluseteli vapaapäivien tai asiointivapaan järjestämiseksi, tästä oma sääntökirja.
- perhehoitajan vapaan palveluseteli (erillinen sääntökirja, Essote 2018)

Jos perhehoitaja järjestää itselleen lisävapaata oman läheisverkostonsa avulla, vapaa ei kuluta hänen edellä kuvattua oikeuttaan vapaisiin ja perhehoitaja vastaa itse sijaiskuluista. Vähintään vuorokauden kestävät lisävapaat tulee ilmoittaa perhehoidon koordinaattorille. Sijaisen tulee olla perhehoidon koordinaattorin tiedossa ja hyväksymä.

3.4.2 Yhteistyö, täydennyskoulutus ja työnohjaus

Perhehoidon koordinaattorin tai vastaavan työntekijän on pidettävä matala kynnys yhteydenottoihin, jotta aloittelevat ja toimivat perhehoitajat ovat tarvittaessa yhteydessä. Yhteydenpito perhehoitajan ja perhehoitoa järjestävän tahon välillä vähintään kerran kuukaudessa tai tarvittaessa on tärkeää, siinä hyödynnetään ensisijaisesti etäyhteyksiä.

Perhehoidon aloittamista tulee tukea muun muassa etsimällä sopivia kiinteistöjä pitkäaikaiseen perhehoitoon yhdessä perhehoitajien kanssa.

Perhehoitajien täydennyskoulutukseen sovelletaan samoja periaatteita kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta on laissa säädetty. Katso lisäetiotja Etelä-Savon alueella kehitettyistä koulutuksista yhteistyössä oppilaitosten kanssa (kpl 4.5.2.).

Perhehoitajille järjestetään työnohjausta tarvittaessa vuosittain ryhmä- tai yksilötyönohjausena perhehoitajan ja/tai perhehoidon koordinaattorin aloitteesta.

3.4.3 Muiden ammattilaisten antama tuki

Yhteistyö kotihoidon kanssa on tärkeä tuki perhehoitajalle. Esimerkiksi pitkäaikaisessa perhehoidossa ikäihmisen lääkehoito toteutetaan yhteistyössä kotihoidon kanssa.

3.4.4 Vertaisuuteen perustuva tuki

Vertaistuki on yksi tärkeimmistä perhehoitajien tuen muodoista. Perhehoidon koordinaattori järjestää perhehoitajille vertaisryhmätapaamisia ja mentorin tarpeen mukaan. Mentori on kokenut, mentorikoulutuksen käynyt perhehoitaja, joka antaa tukea aloittelevalle tai haasteellisessa tilanteessa olevalle perhehoitajalle. Perhehoitajan on mahdollista koulutautua ikäihmisten perhehoidon vertaisryhmänohjaajaksi tai mentoriksi.

3.4.5 Perhehoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukset

Hyvinvointi- ja terveystarkastukset järjestetään perhehoitajan asuinkunnan terveyskeskuksessa perhehoitoon perehtyneen terveyden- tai sairaanhoitajan toimesta, ja sen sisältö vastaa soveltuvin osin sosiaali- ja terveysministeriön ohjetta perhehoitajien terveystarkastuksesta. Tarkastuksessa käytetään omaishoitajien jaksamisen ja tuen arviointiin tarkoitettuja mittareita tai lomakkeita.

3.5 Ammatillinen perhehoito

Tarkempi sisältö löytyy Ikäihmisten ammatillisen perhehoidon sääntökirjasta (2019).

Ammatillinen perhekoti tarkoittaa ammatillista perhehoitoa toteuttavan palveluntuottajan yksityiskotia, missä annetaan yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 7§:ssä

tarkoitettun luvan mukaista perhehoitoa. Ympäri vuorokautisessa ikäihmisten ammatillisessa perhekodissa tulee olla Aluehallintoviraston myöntämä lupa perhekodin toimintaan.

Ammatillisessa perhehoidossa asuminen on ns. välimuotoista asumista, kotihoidon ja palveluasumisen rinnalla. Ikäihminen elää tavallista arkea ja osallistuu arjen askareisiin omei n voimavarojensa mukaisesti perheenjäsenten kanssa.

Perhekoti yhteisöllisenä asumisenmuotona tukee ikäihmisen toimintakyvyn säilymistä ja kuntoutumisen edistymistä esim. yleistilan heikkenemisen jälkeen sekä ylläpitää hyvää elämänlaatua. Perhekodissa kunniotetaan ikäihmisen itsemääräämisoikeutta, otetaan huomioon yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä huomioidaan turvallisuus.

Asiakkaat ohjautuvat ammatilliseen perhehoitoon palveluntarpeen arvioinnin myötä. Mikäli kotihoidon palvelut eivät ikäihmisele riitä/ ole sopivia eivätkä kriteerit tehostettuun palveluasumiseen täyty, on perhehoito hyvä vaihtoehto. Erityisesti sosiaali- ja terveysalan ammatillista osaamista vaativat erilaiset sairaanhoidollista seuranta tai valvontaa vaativat tilanteet tai sairaudet voivat olla lähtökohtana, kun pohditaan ammatillista perhehoitoa. Muistisairaudet, aivoverenkiertohäiriöt ja masennusoireet ovat yleisempiä syitä hoivan tarpeen lisääntymiseen. Myös yksinasuminen, asuin- ja elinympäristön esteellisyys sekä sosiaalisten verkostojen toimimattomuus voivat olla perusteita ammatilliseen perhehoitoon sijoittumiseen. Perhehoidon koordinaattori arvioi yhdessä ikäihmisen ja hänen omaisensa kanssa ammatillisen perhehoidon ja perhekodin soveltuvuuden ikäihmisen tarpeisiin nähden.

3.6 Perhehoidon kustannukset

Toimeksiantosuhteisen perhehoidon kustannuksista on asiakasryhmästä riippuen valtakunnallisestikin vasta vähän tietoa. Siksi on erityisen tärkeätä, että perhehoitoa käynnistetäessä ja kehitettäessä huomioidaan tarkka talousseuranta, jonka pohjalta saadaan suori tekustannustietoa. Esimerkiksi ikäihmisten perhehoitoa käynnistettäessä sille tulee luoda taloushallintoon oma kustannuspaikkansa sekä riittävä tilierittely niin, että kiinnostavat kustannusten osa-alueet ovat jatkossa helposti löydettävissä.

Kustannusrakenteessa tulee seurata ja eritellä esimerkiksi jyvitetty osuus yhteisestä koordinaatiosta, perhehoidon hoitopalkkiot, kulukorvaukset ja käynnistämiskorvaukset, perhehoitajan vapaiden ja sijaisjärjestelyjen aiheuttamat kustannukset sekä perhehoitajien täydennyskoulutusten, hyvinvointi- ja terveystarkastusten, työnohjauksen ym. tukimuotojen kustannukset. Lisäksi kuluja seurataan perhehoidon asiakkaiden palvelujen järjestämisen osalta, kuten kuljetuspalvelut, kotihoito, lääkehoidon järjestäminen (esim. apteekin

annosjakelu, mikäli sen järjestäminen on kunnan/kuntayhtymän kustannus) jne. Että suoritekustannus olisi vertailukelpoinen, sen kokonaiskustannus tulee laskea samoin perustein, kuin järjestävän tahon muu kustannusseuranta esim. esimiestyön, palveluohjauksen tai hallinnon jyvitettyjen kustannusten osalta.

Nettokustannuksen saamiseksi samalle kustannuspaikalle ohjataan perhehoidosta saadut asiakasmaksut sekä muut mahdolliset perhehoidon tuloutukset. Vuorokausikohtaisen suoritekustannuksen saamiseksi asiakaslaskutukseen lisätään perhehoidon palvelut omina laskutuskohdina (tuotteina/palveluina), jolloin hoitovuorokausien määrä saadaan näiden laskutustietojen pohjalta.

Niiden esimerkkien pohjalta, mitä on käytettävissä voidaan arvioida, että esimerkiksi ikäihmisten perhehoidon vuorokausikustannus on sama, kuin 2-3 kotihoidon päivittäistä käyntiä ja korkeintaan kaksi kolmannesta muun ympärivuorokautista turvaa antavan hoidon kustannuksista.

3.7 Seuranta ja arviointi

Perhehoidon asiakas/omaiset: Perhehoidon asiakkaan oikeuksien toteutumista hyvään, palvelusuunnitelman mukaiseen perhehoitoon ja kohteluun seurataan säännöllisesti. Perhehoidossa olevilta asiakkailta sekä heidän läheisiltään kerätään kirjallisesti palautetta vuosittain.

Perhehoitaja: Perhehoitajan ja kunnan/ kuntayhtymän oikeudet ja velvollisuudet perustuvat lainsäädäntöön. Perhehoitajan vastuisiin kuuluvat hyvän, hoito- ja palvelusuunnitelman/ asiakassuunnitelman mukaisen perhehoidon toteuttaminen, perheenjäsenenä olemisen turvaaminen perhehoidossa olevalle henkilölle, sitoutuminen toimimaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä perhehoidossaolevan henkilön läheisten kanssa. Perhehoitajan tulee ilmoittaa perhehoitoon liittyvistä muutoksista perhehoidon koordinaattorille.

Kunnan/ kuntayhtymän oikeus on tehdä yhteiseen neuvotteluun perustuva päätös henkilön perhehoitopaikasta ja saada tieto perhehoidosta ja perhehoidossa suunnitelluista/ tapahtuneista muutoksista.

Kunnalla/ kuntayhtymällä on omavalvontasuunnitelma perhehoitoon. Perhehoidon järjestäjä vastaa perhehoidon toteutumisen seurannasta ja valvoo sen laatua osana omavalvontaa. Toimeksiantosuhteinen perhehoito rinnastetaan julkisen sektorin itsensä tuotamiin palveluihin, joten perhehoitoon ei sovelleta lakia yksityisistä sosiaalipalveluista.

Perhehoidon valvonnan painopisteenä on perhehoidon riittävän tuen järjestäminen, jotta puutteiden tai epäkohtien ilmaantuminen pystytään ehkäisemään ennalta tai niihin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. (STM 2017:25 Perhehoitolain toimeenpanon tuki.)

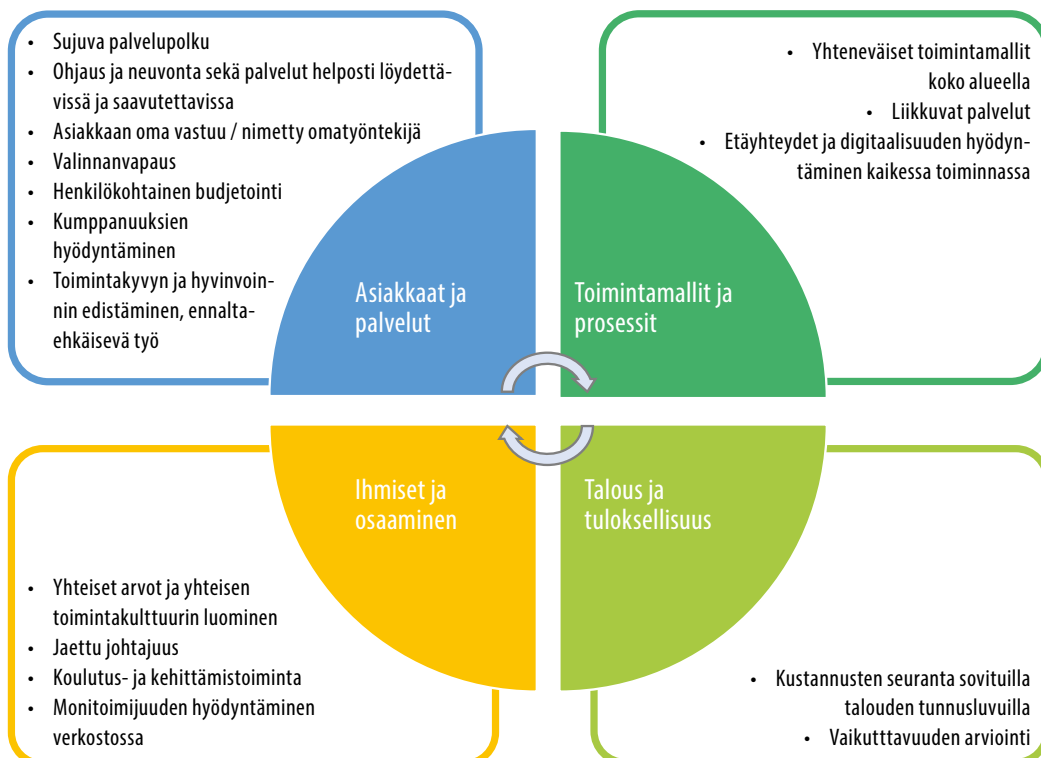
Perhehoidon koordinaattori seuraa tilastoinnin avulla perhehoidon tunnuslukuja (asiakasmäärä, hoitopäivät, perhehoitajien määrä) sekä saatuja palautteita.

Alueellisuus: Maakunnallinen työryhmä arvioi maakunnallista sääntökirjaa vuosittain ja tekee tarvittavat muuutokset. Lisäksi arvioidaan alueellisesti perhehoidon tunnuslukuja. Työryhmään kuuluu myös perhehoitajien edustus.

4 Sektorirajat ylittävän palveluohjausverkoston perustaminen

4.1 Lähtökohdat

OSSI-kärkihankkeen yhtenä tavoitteena oli perustaa omais- ja perhehoidon palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus. Palveluohjausverkostoa luotiin osaltaan omaishoidon ja perhehoidon toimintamalleissa (ks. kpl 2 ja 3), joissa omatyöntekijä/vastuutyöntekijä koordinoi yhteistyötä eri tahojen kanssa. Toimintamallien luomisen yhteydessä havaittiin hyöty ja tarve yhdelle fyysiselle toimipaikalle, johon olisi keskitetty laajasti verkoston eri toimijoita sekä kynnyksetön ohjaus- ja neuvontapiste. Seuraavaan kuvaan on tiivistetty hyödyt eri näkökulmista:



Essoten alueella on vuodesta 2017 alusta lähtien toiminut keskitetty vanhus- ja vammaispalvelujen palveluohjaus, joka toimii kaikkien Essoten alueen seitsemän kunnan alueella. Kuitenkin esimerkiksi omaishoidon tuki ja muita vanhus- ja vammaispalvelujen ammattilaisia ja toimipisteistä sijaitsivat useissa eri toimipisteissä.

OSSI-kärkihankkeessa hyödynnettiin muiden I&O-kärkihankkeen kokeilujen, kuten KAAPO-hankkeiden (Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus) luomia toimintamalleja. KAAPO-mallin mukaisesti Etelä-Savon alueella oli kehitettävää viestinnän ja matalan kynnyksen neuvonnan ja ohjauksen järjestämisessä. Tästä ajatuksesta lähdettiin luomaan Essoten alueella¹ monitoimijakeskus Omatoria ja Savonlinnassa ja Pieksämäellä neuvontapisteitä.

4.2 Monitoimijakeskuksen toimintamalli

4.2.1 Monitoimijakeskuksen perustamisen prosessi

Monitoimijakeskus Omatorin perustamisen onnistumisen elementit:

- Toimijaverkostoa kehitetty ennen monitoimijakeskuksen sitoutumista: toimijat tuntevat jo paremmin toisiaan ja yhteisiä toimintamalleja on jo luotu esim. omaishoitoon.
- Päätös keskittää palveluja: johdon sitoutuminen.
- Monitoimijayhteistyö ja kumppanuus: yhteistyökumppaneiden haku (kartoitus verkostosta ja avoin tilaisuus), aiesopimukset kumppaneiden kanssa.
- Tilat: Tilojen etsiminen ja remontoiti toimintaan sopivaksi. Tilojen suunnittelu yhteistyössä toimijoiden kanssa.
- Valmennus: Nordic Healthcare Group (NHG) kanssa yhteistyössä viisi eri valmennusta toimijoille sisältäen yhteisistä pelisäännöistä ja toimintatavoista, asiakasohjauksesta, johtamismallista.
- Strategia ja johtaminen: Valmennuksesta yhteisesti sovittujen asioiden pohjalta luotiin NHG:n avustamana strategia ja monitoimijakeskuksen johtamismalli.
- Toiminta: Sisältää ohjausta ja neuvontaa, palveluja, vapaaehtoistyötä ja avointa toimintaa/tapahtumia. Matalan kynnyksen toimin
- Viestintä ja yhteiset työvälineet: mm. viestinnällinen ilme, verkkosivut, intra, tilavarauskalenterit.

¹ Etelä-Karjalassa Eksoten alueella on toiminut IsoApu palvelukeskukset jo ennen OSSI-hanketta, mutta samantyyppistä palvelua ei ole ollut saatavissa Etelä-Savossa. Lisää IsoAvusta <http://www.eksote.fi/toimipisteet/iso-apu-palvelukeskukset/>

4.2.2 Monitoimijakeskuksen toiminta, strategia ja johtaminen

Omatorin palvelukokonaisuus

Omatorin palvelukokonaisuus koostuu erityisesti ennaltaehkäisevistä, hyvinvointia edistä-
vistä ja kotona asumista tukevista palveluista.

Palvelut kohdentuvat erityisesti ikääntyville, vammaisille henkilöille ja omaishoitoper-
heille, mutta myös muille kuntalaisille.

Ohjaus ja neuvonta on Omatorin palvelujen keskiössä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä,
että Omatorin infopisteessä annetaan ohjausta ja neuvontaa. Infossa voidaan myös ar-
vioida sitä, mikä palvelu, toimija tai taho voisi palvella avun tarpeessa olevaa ihmistä kai-
kista parhaiten.

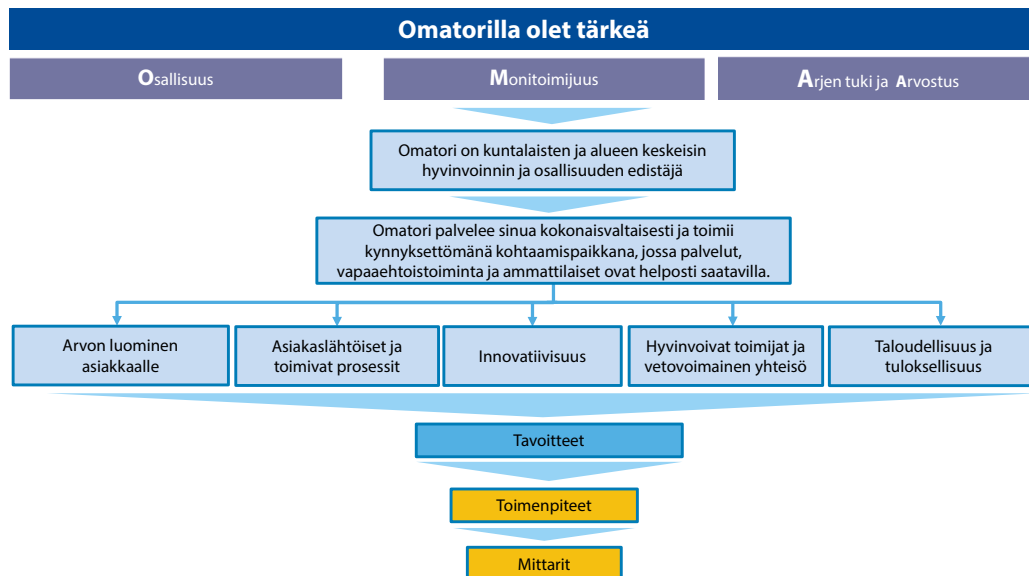


Omatorin strategia

Omatorin strategia lähtee arvolupauksesta "Omatorilla olet tärkeä" sekä arvoista Osalli-
suus, Monitoimijuus ja Arjen tuki / Arvostus. Visio ja missio jalkautuvat viiteen strategiaan

painopistealueeseen (arvon luominen, asiakaslähtöiset ja toimivat prosessit, innovatiivisuus, hyvinvoivat toimijat ja houkutteleva organisaatio, talous- ja tuloksellisuus). Painopisteiden alle on luotu seurattavat mittarit.

Strategiaa aletaan toteuttamaan vuoden 2019 alusta lähtien.



Omatorin johtamismalli

Omatorilla toimii jaetun johtajuuden malli, joka toteutuu ohjausryhmän muodossa. Ohjausryhmä koostuu kunkin toimijan edustajista/edustajasta. Ohjausryhmä vastaa strategisesta johtamisesta ja yhteisen toiminnan ohjauksesta. Ohjausryhmän puheenjohtaja ja sihteeri valitaan ohjausryhmän jäsenten keskuudesta vuodeksi kerrallaan. Samalla ohjausryhmän kokoonpanoa tarkistetaan. Ohjausryhmään kukin toimija on valittunut edustajan, jolla on päätäntävaltaa ja/tai ovat konkreettisesti tuottamassa Omatorilla palvelua oman organisaationsa edustajana.

Jokaisella toimijalla on oma johtamismalli, ja esimiehet määräytyvät kunkin oman organisaation mukaan.

Toriryhmät edustavat palvelukokonaisuuksia. Palvelukokonaisuuteen voi liittyä monta eri toimijaa ja yksi toimija voi olla edustettuna useammassa eri toriryhmässä riippuen siitä, mitä palveluja se tuottaa tai järjestää.

Kehittäjäryhmät vastaavat tarvittaessa strategian läpileikkaavista teemoista, kuten esimerkiksi asiakasosallisuudesta, tai muista vakituisemmista tai väliaikaisista kehittämisprojekteista.

Toriryhmiin ja/tai kehittäjäryhmiin voidaan ottaa mukaan kehittäjäkumppaneita (ks. kpl 4.4).



Toiminnan seuranta ja arviointi

Omatorin toimintaa seurataan strategiaan kirjattujen mittarien avulla. Mittareilla mitataan esimerkiksi asiakasmääriä, asiakastyytyväisyyttä, asiakasosallistuvuutta, ennaltaehkäisevän toiminnan vaikuttavuutta, monitoimijuuden sujuvuutta ja hyötyä asiakkaille sekä henkilöstön tyytyväisyyttä.

Kullekin mittarille määritellään seurannan aikataulu ja vastuutaho. Ohjausryhmä valvoo kokonaisuutta.

Omatori julkaisee vuosittain toimintakertomuksen ja seuraavan vuoden suunnitelman.

Monitoimijakeskuksen hyödyt ja haasteet



4.3 Neuvontapisteiden toimintamalli

Savonlinnassa toteutetaan kevyempää mallia ikääntyneiden palvelujen ohjauksen ja neuvonnan sekä sektorirajat ylittävään monitoimijayhteistyöhön. Kaupungin pääkirjaston tilat mahdollistavat neuvontapiste Nestorin toiminnan tiettyinä viikonpäivinä. Sosterin kotihoito toimii neuvontapisteen koordinoijana, mutta Nestorista saa tietoa ja ohjausta palveluista, harrastetoiminnasta, taloudellisista etuuksista ja muista ikäihmisille tärkeitä asioista.

Myös järjestöjen toiminta ja erilaiset vertaisryhmät ovat mukana palveluvalikoimassa, ja tervetulleita esittelemään toimintaansa Nestoriin.

Lisätietoja Sosterin internetsivuilta: <https://www.sosteri.fi/palvelut/palvelut-kohderyhmittain/ikaantyneet/neuvontapiste-nestori/>

Samanlaisella toimintaperiaatteella toimivaa neuvontapistettä ollaan rakentamassa myös Pieksämälle Veturitorille. Toiminta alkaa loppuvuodesta 2018.

Neuvontapisteen hyödyt ja haasteet



4.4 Asiakkaat kehittäjäkumppaneina

OSSI-kärkihankkeen aikana pilotoitiin kehittäjäkumppanivalmennusta ja kuvattiin kehittäjäkumppanitoimintamalli. Pilotissa valmennettiin omaishoitajia kehittäjäkumppaneiksi omaishoidon palvelujen kehittämiseen.

Kehittäjäkumppanuus menee kokemusasiantuntijuutta pidemmälle. Tavoitteena on sitouttaa palveluja käyttävät asiakkaat kehittämiseen pitkäjänteisesti.

Kehittäjäkumppanivalmennus toteutetaan yhdessä järjestöjen kanssa. Valmennuksen tarkoituksena on vahvistaa asiakkaiden luottamusta omaan asiantuntijuuteen sekä osaamista kehittämistoiminnasta ja kumppanuudesta.

Valmennukseen osallistujilta edellytetään kokemusta kokemusasiantuntijana toimimisesta ja on riittävässä määrin sinut oman kokemuksensa kanssa, ja että hän on valmis laajentamaan kokemuksensa yleisemmälle tasolle niin, että sitä voidaan hyödyntää palvelujen kehittämistoiminnassa. Valmennuksessa on suositeltavaa käyttää menetelmänä osallistuvaa valokuvausta (participatory photography), jossa osallistujien elämänpiiristään ottamat valokuvat muodostavat materiaalin, jota kautta valmennuksen eri teemoja käsitellään. Kuvilla voidaan ilmaista asioita, joiden ilmaiseminen muutoin on mahdotonta tai vaikeaa. Kuvälähtöisen työskentelyn aloituskynnys on myös matala.

Valokuvausta tai mahdollisesti muuta taidelähtöistä menetelmää käytettäessä on varmistettava ohjaajan erityisosaaminen kyseiseen menetelmään, sekä kyky soveltaa sitä valmennusprosessiin. Valmennuksen toteutuksesta vastaa koko prosessin ajan sama valmentajapari tai -tiimi siten, että edustettuna on sekä käytettävän metodin, ohjauksen sekä palvelualueen riittävä asiantuntemus. Lisäksi järjestelyjä ja dokumentointia varten tarvitaan koordinaattorin tms. työpanos. Valmennuksen toteutuksessa tärkeää on myös kehittämis-toimintaan ja kumppanuuteen liittyvä osaaminen.

Valmennus huipentuu ”Salonki”-tilaisuuteen, jossa kehittäjäkumppanit ja palveluorganisaation johdon edustajat kohtaavat tasavertaisessa, luottamuksellisessa ja keskinäisen arvostuksen hengessä. Salongissa kehittäjäkumppanit jakavat syntynyttä kuvamateriaalia hyödyntäen kokemuksiaan elämäntarinoitaan, niin, että yksilöllisestä, ”toisesta tiedosta” syntyy yleisempää tietoa, joka toimii myös kehittämistoiminnan käynnistäjänä. Kokemustieto ja virallinen tieto yhdistyvät.

Malli soveltuu palvelualueille, joissa on koulutettuja kokemusasiantuntijoita ja vakiintunutta yhteistyötä (asiakas)järjestöjen kanssa. Lisäksi organisaation/yksikön tulee olla kehittämismyönteinen, sen tulee tehdä päätös kehittäjäkumppanimalliin sitoutumiseen ja nähdä kehittäjäkumppanit tasavertaisina asiantuntijoina.

Valmennuksen jälkeen kehittäjäkumppanit saavat hyväksytyn roolin osana organisaation suunnittelu- ja kehittämisjärjestelmää, jolle he antavat oman äänensä ja panoksensa kokemustensa pohjalta. Kehittäjäkumppanitoiminta ankkuroituu osallisuusjärjestelmään ja sitä leimaa tasavertaisuus ja kumppanuus suhteessa muihin toimijaryhmiin.

Konkreettisesti toiminta merkitsee jäsenyyttä erilaisissa kehittämisryhmissä, jotka voivat liittyä suunnittelun ja kehittämisen (esim. palvelumuotoilu) lisäksi esimerkiksi palveluprosessien arviointiin, laadunhallintaan ja myös hallinnon päätöksentekoon.

Toiminnan hyödyt liittyvät sekä osallisuuden vahvistumiseen, että palvelujärjestelmän toiminnan tehostumiseen. Yhteiskehittämisen kautta voidaan vahvistaa palvelujen

sensitiivisyyttä asiakasryhmien erilaisiin tarpeisiin samalla kun sosiaalinen välimatka palveluntuottajien ja asiakaskohderyhmän välillä pienenee.

Esimerkkejä kehittämisprojekteista, joissa kehittäjäkumppanit ovat olleet mukana Essotessa:

- maakunnallisten sääntökirjojen luominen
- omaishoitajien digitaalinen valmennus
- Essoten infonäyttö työryhmä (asiakasviestintä)

Kehittäjäkumppani toimintamalli kokonaisuudessaan löydettävissä www.innokyla.fi -sivuilta.

4.5 Ammatilaisille suunnatut koulutukset

4.5.1 Palveluohjauksen verkkokurssi

OSSI-kärkihankkeen aikana pilotoitiin palveluohjauksen koulutusta verkkoympäristöstä. Koulutuksen toteuttajana oli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu Xamk.

Koulutus vahvistaa palveluohjaus osaamista sekä tiedon etsintä- ja hallintataitoja. Koulutus yhdenmukaistaa käytänteitä sekä antaa valmiudet asiakkaan kohtaamiseen ja kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen arviointiin. Koulutus myös lisää eri mittareista saadun tiedon hyödyntämistä asiakkaan palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Koulutus opettaa case manager -tyyppiseen toimintaan asiakastyössä.

Koulutus jakautui kolmeen osioon:

Sujuvasti palveluihin 1,5 op

Tarkoitettu laajasti sote-toimijoille. Osiossa perehdytään ohjukseen, neuvontaa ja palveluohjaukseen käsitteenä sekä niiden lähtökohtiin ja tavoitteisiin. Lisäksi perehtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisiin ja moninaisiin palveluihin esimerkiksi digitaalisiin palveluihin.

Tutustuminen asiakaslähtöisen koulutuksen ajattelumalliin, jossa ihminen nähdään ja kohtataan kokonaisvaltaisena kanslaisena, oman ekämänsä asiantuntijana. Asiakkaan arvokas kohtaaminen, osallisuutta edistävä toiminta ja toimijuutta vahvistava työtap.

Joustavat palvelut elämäntilanteen mukaan 1,5 op

Tarkoitettu työntekijöille, joiden tehtävään kuuluu kiinteästi asiakkaan palveluissa ohjaaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan tuen ja palvelujen tarve on aina yksilöllinen. Jotta henkilön tuen tarpeeseen voidaan vastata asiakaslähtöisestään ja oikea-aikaisesti tulee ammattilaisen kiinnittää erityistä huomiota palveluissa ohjaamiseen, palvelutarpeen tunnistamiseen sekä palvelutarpeen arviointiin ja sen sisältöön. Keskeisiä aihealueita: Asiakas- ja palvelusuunnitelma, moniammatillisuus ja monialainen yhteistyö, lainsäädäntö.

Ihminen tietää itse parhaiten, mitkä asiat ovat hänelle tärkeitä ja merkityksellisiä. Kun ihminen voi itse suunnitella ja järjestää tarvitsemiaan palveluja aktiivisena toimijana yhdessä ammattilaisen kanssa, myös ratkaisut vastaavat parhaiten avun ja tuen tarpeisiin.

Yksilölliset ja tarkoituksenmukaiset palvelut ammattilaisen tuella 1,5 op

Tarkoitettu työntekijöille, jotka tekevät suunnitelmallista ja intensiivistä asiakasohjausta. Dialogisen ja onnistuneen asiakastyön lähtökohta on yksilö- ja tapauskohtainen työskentely sekä asiakaslähtöinen ajattelutapa. Työskentelyssä koostuu omatyöntekijän rooli asiakkaan rinnalla kulkijana sekä palveluprosessiosaaminen. Oman työn hahmottaminen osana laajempaa yhteiskunnallista viitekehystä on merkityksellistä, jossa korostuu erityisesti laatu- ja kehittämistietoisuus sekä rakenteellisen tiedon hahmoittaminen osana asiakastyötä.

Koulutuksen suoritti hankealueen sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymien henkilöstö (palveluohjaajat) sekä hankkeen yhteistyökumppanit kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta.

4.5.2 Omais- ja perhehoidon koulutukset

Tulevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tai jo ammatissa toimivien osaamista on myös tärkeä vahvistaa omais- ja perhehoidon osalta, jotta:

- tieto perhehoidosta yhtenä ikääntyvien ja vammaisten henkilöiden hoivan ja huolehpidon muotona lisääntyy;
- perhehoito on houkutteleva vaihtoehto ammattiksi;
- (tulevat) ammattilaiset tunnistavat työssään omaishoitotilanteita ja osaaminen omaishoidon palveluista lisääntyy;

Lisäksi yhteistyö oppilaitosten kanssa mahdollistaa sen, että:

- perhehoitajat sekä ammatilliset perhehoitajat saavat täydennyskoulutusta.

Etelä-Savon alueelta ammattioppilaitokset Esedu ja SamiEdu pilotoivat näihin tarpeisiin kaksi eri koulutuskokonaisuutta, jotka on kuvattu erikseen alla.

1. Omais- ja perhehoidon verkkokoulutuksen integroiminen sosiaali- ja terveysalan perustutkintoon

Opintoja on pilotoitu hankkeen aikana ja opinnot jatkuvat alla kuvatun mukaisesti vuoden 2019 alusta lähtien. Opinnot toteutetaan verkko-opintoina Moodle-oppimisympäristöä hyödyntäen, mikä mahdollistaa sen, että opintoihin on jatkuva haku.

Omais- ja perhehoidon verkko-opinnot tarjotaan osana opintoja ja / tai täydennyskoulutuksena. Opintoja on jo nyt sijoitettu Esedun lähihoitajakoulutuksen uuden opetussuunnitelman oppilaitoskohtaiseen toteutussuunnitelmaan. SamiEdussa opinnot kuuluvat sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon valinnaisen tutkinnon osan Kotona asuminen ja elämänhallinnan tukeminen.

Opintokokonaisuuden kuvaus:

Opintokokonaisuus koostuu kahdesta eri osiosta: Omais- ja perhehoidon perusteet (3osp) sekä Ikääntyneet perhehoidon asiakkaat (2osp) tai Kehitysvammaiset asiakkaat (2osp). Voit tehdä molemmat osiot (1) tai vain toisen (2). Saat myös tietoa toimeksiantoperusteisen ja ammatillisen perhehoidon käynnistämisestä.

Osio 1: Perusopinnot (Esedu ja SamiEdu)

Tavoitteena on, että perehdyt perhe- ja omaishoidon käsitteisiin ja lainsäädäntöön, perhehoidon laatusuosituksiin ja valvontaan sekä perhehoidon moniammatilliseen toimintaympäristöön. Hoidettavia voivat olla ikäihmiset tai kehitysvammaiset.

Sisältö: lainsäädäntö, laatusuositukset, moniammatillinen yhteistyö, omaishoito, toimeksiantoperusteinen perhehoito, ammatillinen perhehoito ja valvonta.

Osio 2: Ikääntyneet asiakkaat (Esedu ja SamiEdu)

Tavoitteena on laajentaa osaamistasi nimenomaan ikäihmisen hyvän elämän osa-alueista ja niiden tukemisesta perhehoidossa.

Hyvä elämä ikäihmisenä/Vanhuspalveluiden laatusuositukset, ravitseminen, liikuntasuositukset, hyvinvointi ja toimintakyky, ikääntymismuutokset ja terve ikääntynyt sekä perhehoidon hyvä arki.

Osio 2: Kehitysvammaiset asiakkaat (Esedu)

Tulossa maaliskuussa 2019. Seuraa ilmoitteluamme www.esedu.fi ja www.kasvuesedu.fi

2. Ikäihmisten ammatillisen perhehoidon täydenniskoulutuksen kehittäminen

Etelä-Savon ammattiopisto Esedu pilotoi hankkeen aikana kaksi toisistaan hieman poikkeavaa ammatillisen perhehoidon täydenniskoulutusta. Pilottien aikana osallistujien osaamisprofiilia kartoitettiin, joista nousi seuraavia osaamisvajaita:

- Työturvallisuus, toimintakyvyn arviointi, lääkityksen vaikutusten ymmärtäminen toimintakyvyn kannalta, vaihtoehtoiset kommunikointimenetelmät, teknologiapalveluiden tuntemus, suun terveydenhoidon hallinta.
- Ammatillista perhehoitoa toteuttavien osaamisvajaina olivat yrittäjyysosaaminen ja työehtosopimusten tuntemus.
- Tärkeiksi aihepiireiksi koulutuksessa nousivat myös palo- ja pelastustoimen sekä terveydensuojelu.

Ikäihmisten ammatillinen perhehoito on toistaiseksi vielä vähäistä². Siksi koulutukselle ei ole toistaiseksi kovaa kysyntää. Toisaalta koulutuksen tarjoaminen voi olla avain siihen, että ammatillisia perhekoteja saadaan perustettua lisää.

Täydenniskoulutusta voidaan osaamisvajaisiin tarjota täsmäkoulutuksina, joita Esedun koulutuskorissa ovat jo mm. muistityö, hyvinvointiteknologia, kotihoitotyön turvallisuus, ikääntyneen suunhoito sekä saattohoito. Lisäksi Esedu järjestää kortti- ja lupakoulutuksia esimerkiksi ensiavussa ja hygieniasaamisessa.

Jatkossa ikäihmisten perhehoitajan ammattitutkinto olisi mahdollisesti tarpeellinen ja uusi tulevaisuuden tutkinto. Kuntayhtymissä perhehoidosta

² Yksi ikäihmisten ammatillinen perhekoti Etelä-Savon alueella

vastaavat koordinaattorit/työntekijät ovatkin tärkeitä yhteistyötahoja oppilaitosten kanssa, jotta perhehoidon kehittymistä ja koulutustarpeita voidaan seurata. Toistaiseksi Etelä-Savossa tarjotaan edellä kuvattua omais- ja perhehoidon verkko-opintoja, sekä edellä lueteltuja täsmäkoulutuksia perhehoitajien täydennyskoulutustarpeisiin.

5 Digitaaliset palvelut omais- ja perhehoidossa

5.1 Omais- ja perhehoidon digitaalisten palvelujen kehittämisperiaatteita

Digitalisaatio on kiinteä osa omais- ja perhehoidon palvelukokonaisuutta ja -prosesseja. Digitaalisten palvelujen lähtökohtana on, että ne ovat helppokäyttöisiä, toimintaprosesseja tukevia, kustannustehokkaita ja mahdollisimman monien käyttäjien saavutettavissa riippumatta asiakkaan asuinpaikasta tai palveluntuottajan sijainnista. Kehittäminen ja palvelujen käyttöönotto on harkittua, mutta ketterää ja asiakkaiden ja henkilöstön osallistumista tukevaa.

Kuntalainen/läheinen saa kootusti tietoa palveluista, etuuksista ja kotona-asumista tukevasta teknologiasta sekä ohjausta niiden käytössä digitaalisessa muodossa esim. digitaalisen palvelutarjottimen välityksellä. Yhteydenotto on helppoa ja ajasta ja paikasta riippumatonta esim. kiireettömän yhteydenottopyynnön avulla.

Kuntalainen/läheinen voi arvioida omaa tilannettaan digitaalisten palvelujen avulla ja hakeutua palvelujen piiriin (julkinen, yksityinen, 3. sektori). Jatkossa omaishoitajuutta voi arvioida ja omaishoidon tukea voi hakea sähköisen palvelun kautta (esim. Essoten sähköinen asiointi). Asiakkaalla on digitaalinen asiakassuunnitelma, joka on sekä hänen että palvelukokonaisuuteen osallistuvien ammattilaisten käytössä ja jota päivitetään yhdessä. Omais- ja perhehoidon asiakastiedot ovat asiakkaan suostumuksella toimijoiden käytävissä siten, että asiakkaan tarvitsee kertoa ne vain kerran/ tilanteen muuttuessa. Asiakkaalla on mahdollisuus kieltää asiakasrekisterirajojen yli tapahtuva tietojen käyttö, mikäli hän ymmärtää kiellon vaikutuksen hoitoon ja palveluun.

Asiakas saa digitaalisesti ohjausta palvelujen käytössä oman asiakassuunnitelmansa mukaisesti, esim. omaishoitajien valmennukseen voi osallistua internetissä.

Omais- ja perhehoidon asiakkaalla/läheisillä on käytettävissä monikanavaisia digitaalisia palveluja, jotka helpottavat tai sujuvoittavat palvelujen saamista ja asiointia. Äkillisissä/kriisitilanteissa palvelu on saatavissa 24/7 myös digitaalisesti etäyhteyksien kuten kuvapuhelinyhteyden avulla.

Teknologia on osa kotona-asumista, omais- ja perhehoitoa, mikäli se soveltuu asiakkaan tarpeisiin ja tuottaa lisäarvoa eli lisää esim. turvallisuutta tai yhteisöllisyyttä. Teknologian käyttöönotto arvioidaan aina asiakas ja perhelähtöisesti ja heitä tuetaan teknologian käytössä esim. kotiin annettavien tukipalvelujen ja arkiteknologiatila Hektorin toimesta.

Jatkokehitystä ohjaa Omais- ja perhehoidon digitaalinen kehittämissuunnitelma (2019–2024).

5.2 Käytössä olevat palvelut

Omais- ja perhehoitoon liittyviä digitaalisia asiointipalveluja on otettu käyttöön hankkeen päättyessä mm.

- kiireettömän yhteydenoton lomake,
- HUOLI-ilmoitus
- omaishoidon tukihakemus,
- sijaishoitajien tuntien ilmoittaminen
- etäyhteydet omaishoitajille tarvittaessa
- perhehoitajien ammatillinen ja vertaistuki etäyhteyden avulla
- Omatorin yhteydessä toimiva kynnyksetön arki- ja hyvinvointitekniologiatila Hektori
- omais- ja perhehoidon palvelutarjotin

Lisäksi omais- ja perhehoidon toimintaprosesseja ja verkostoyhteistyötä tukevat mm.

- asiakastietojärjestelmään rakennettu mittareiden kirjaamis- ja tilastointialusta
- asiakastietojen kirjaamisen uudistettu prosessi
- SBM/Serena asiakkuussovelluksen kokoama asiakastieto
- SBM/Serena Yhteydenotto ja tilastointi-sovellus tukemassa anonyymien yhteydenottojen kirjaamista ja seuranta
- omais- ja perhehoidon dokumenttien kuten ohjeiden digitaalinen dokumentointi (QualityFirst)
- Monitoimijakeskuksen verkkosivut, intranet sekä sähköinen varauskalenteri

LÄHTEET

Etelä-Savon maakunnallinen omaishoidon sääntökirja (2019). Saatavissa hyväksymisen jälkeen mm.
www.essote.fi/omaishoito

Fimea (2017). Koulutusvideot verkkosivuilla www.fimea.fi. Saatavissa: https://www.fimea.fi/kehittaminen_ja_hita/moniammatillinen-yhteistyö/koulutusvideot

Ikäihmisten ammatillisen perhehoidon sääntökirja. Etelä-Savon sosiaali- ja terveysterveystoimi (2019)
Saatavissa hyväksymisen jälkeen www.essote.fi/perhehoito

Ikäihmisten ja vammaisten henkilöiden perhehoidon maakunnallinen sääntökirja Etelä-Savo (2019)

Kehitysvammaisten Palvelusäätiö (2018) ARKI JA TUKI: Lasten ja nuorten omaishoitoperheiden hyvä arki ja perhelähtöinen tuki. Työkirja nykyhetken ja tulevaisuuden suunnitteluun. Saatavissa julkaisun jälkeen
www.kvps.fi

Omaishoitajaliitto. Omaishoidon teesit. Saatavissa www.omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/vaikuttamisen-ja-edunvalvonta/teesit/

Saukkonen, Sari; Karhula, Maarit; Steffansson, Marina; Kettunen, Aija (2018) Omaishoitoperheen tuen tarpeen arviointi : Omaishoidon alkuarviointiprosessissa pilotoidut mittarit
Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-344-108-8>

Saukkonen, S. (2018) Omaishoitajan hyvinvointia tukevat tavoitteet. Elämänlaatumittarit apuvälineenä.
Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018052910835> Xamk (2018) . Omaishoitajan elämä – selviytymiskamppailua vai sujuvaa arkea? Saatavissa: <http://read.xamk.fi/2018/kestava-hyvinvointi/omaishoitajan-elama-selviytymiskamppailua-vai-sujuvaa-arkea/>.

OSSI-hankkeen tuloksista kertovat videot:

www.essote.fi/omaishoito
www.essote.fi/perhehoito
www.omatorille.fi/omatori

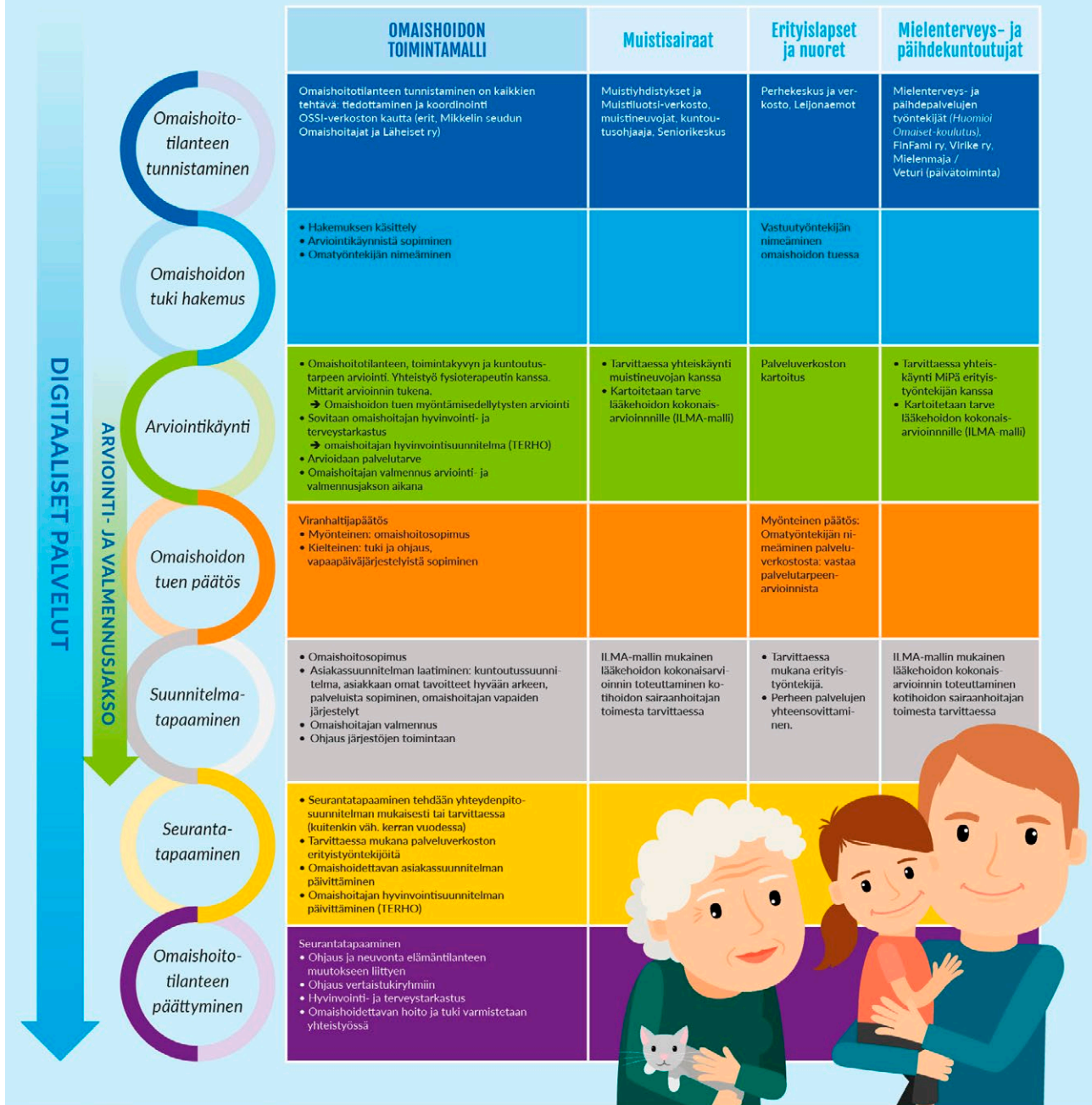
Liite 1 Asiakkuuksien segmentaatio



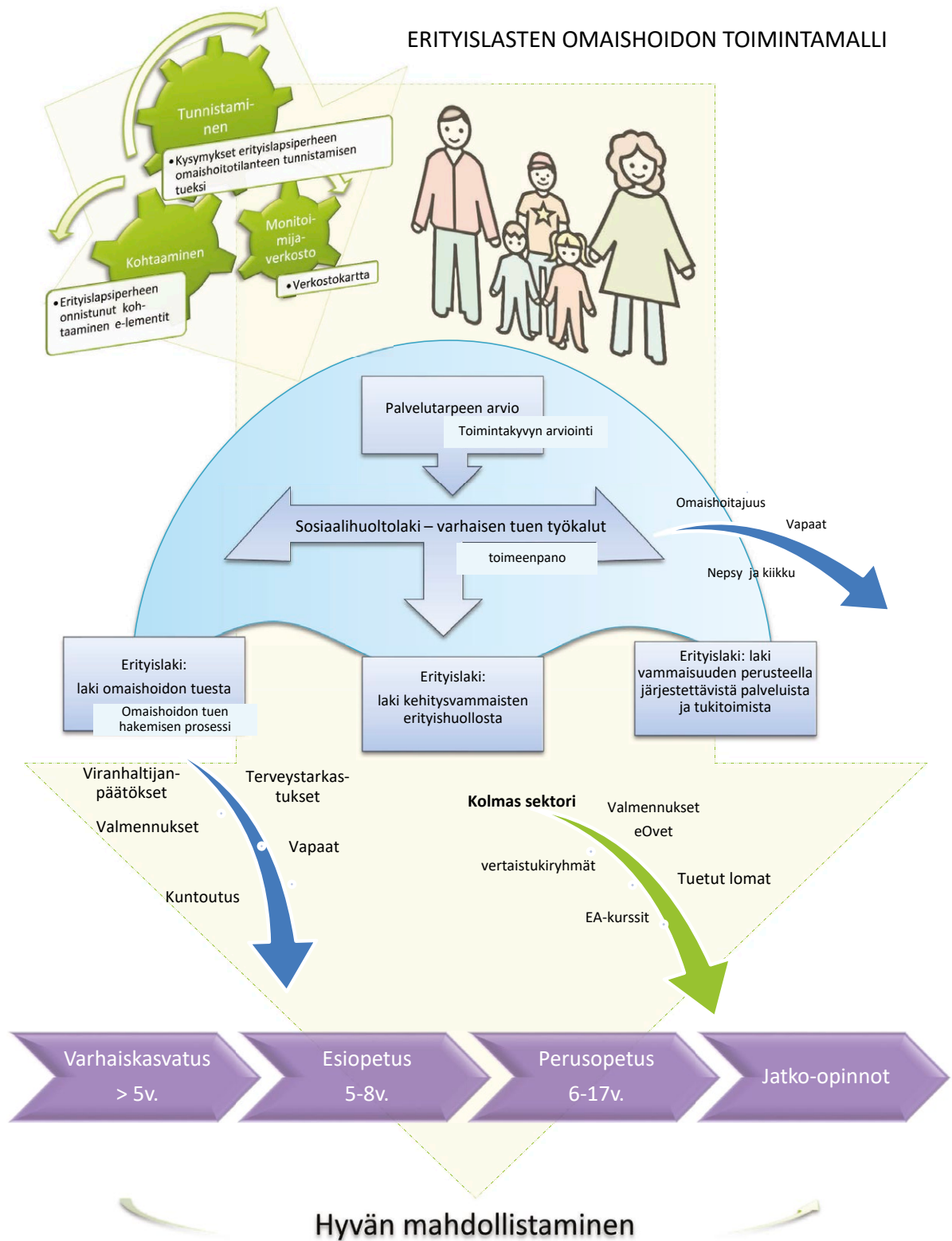
(asiakassegmentaatio mukaellen Koivuniemi & Simonen 2011)

Liite 2 Alueellinen omaishoidon tuen toimintamalli

Omaishoidon toimintamalli ja erityiset omaishoitotilanteet



Liite 3 Erityislusten omaishoidon toimintamalli



Liite 4 Iäkkäiden lääkehoidon moniammatillisen arvioinnin ILMA -malli

MONIAMMATILLINEN LÄÄKEHOIDON ARVIOINTI OMAIS- JA PERHEHOIDOSSA

Lääkehoidon arviointi toteutetaan yhteistyössä kotihoidon kanssa



LÄÄKÄRI



SAIRAANHOITAJA



FARMASIAN
AMMATTILAINEN



OMAIS-/PERHEHOIDON
OMATYÖNTEKIJÄ

Lisäksi arviointiin osallistuvat asiakas ja hänen omaisensa

1

TUNNISTA TARVE



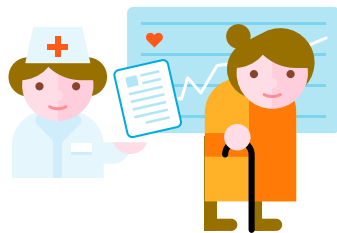
Tunnista asiakkaan terveydentilaan ja lääkehoitoon liittyvät ongelmat omaishoidon tukikäynnillä / perhehoidon käynnistyessä






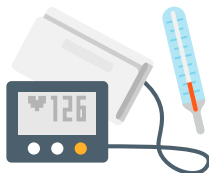
Omatyöntekijä tai terveydenhuollon ammattilainen käynnistää lääkehoidon moniammatillisen arvioinnin



2 KERÄÄ TIETOA

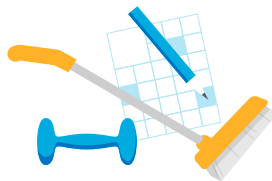


-  Kerää tietoa potilastietojärjestelmästä
-  Haastattele asiakasta ja hänen omaista
-  Hanki tietoa hoitoon osallistuvilta terveydenhuollon ammattilaisilta



TERVEYDENTILA

- Oireet ja sairaudet
- Laboratoriomittaukset
- Muut mittaukset



TOIMINTAKYKY

- Päivittäiset toiminnot
- Fyysinen
- Kognitiivinen
- Psyykkinen





LÄÄKEHOITO

- Reseptilääkkeet
- Itsehoitolääkkeet
- Ravintolisät

3 PEREHDY LÄÄKITYKSEEN



-  Perehdy asiakkaasta kerättyyn tietoon ja lääkehoidon kokonaisuuteen
-  Hyödynnä lääkehoidon tietokantoja

Interaktiot



TERVEYSPORTTI

Haittakuorma



TERVEYSPORTTI

Käyttö munuaisten vajaatoiminnassa






TERVEYSPORTTI

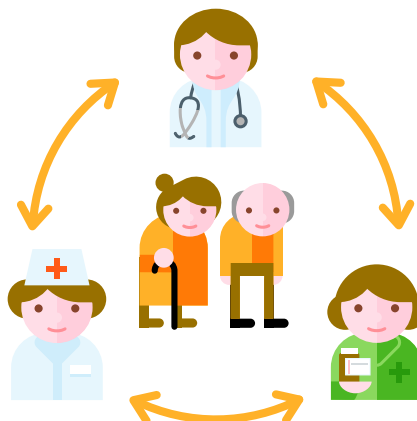
Soveltuvuus 75 vuotta täyttäneille



fimea

4 ARVIOI TIIMISSÄ

-  Keskustelkaa tiimissä ja arvioikaa asiakkaan hoidon kokonaisuutta
-  Tehkää päätökset hoidossa toteutettavista muutoksista
-  Kirjatkaa muutokset asiakassuunnitelmaan



5 VIE KÄYTÄNTÖÖN JA SEURAA

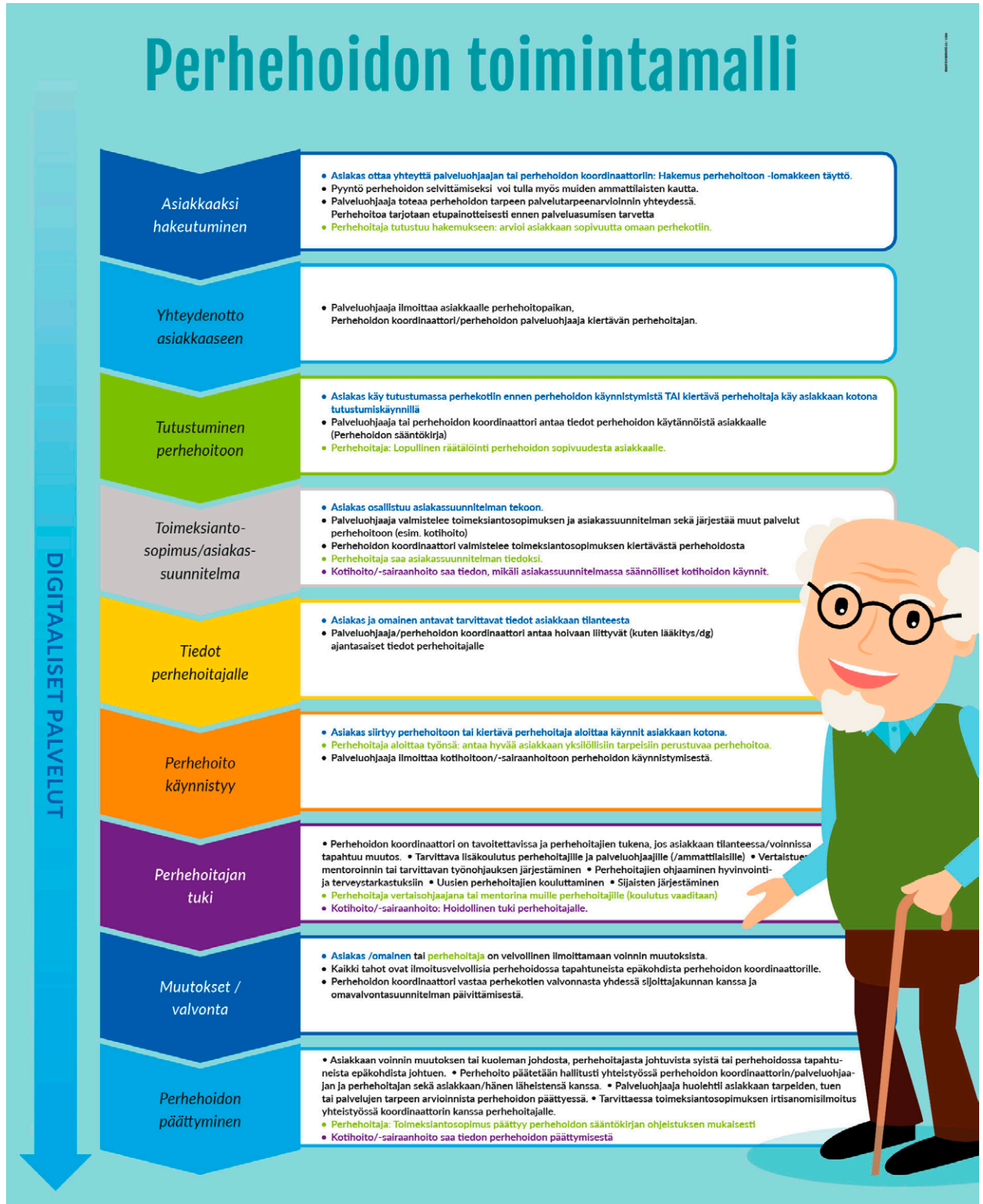


-  Toteuta yhdessä sovitut muutokset
-  Kerro muutoksista asiakkaalle ja omaiselle sekä ohjaa lääkeshoidon toteuttamisessa
-  Seuraa muutosten vaikutuksia asiakkaan vointiin

**Tavoitteena järkevä
lääkehoito omaishoito-
perheessä ja perhehoidossa**



Liite 5 Perhehoidon prosessikuvaus





Kotihoidon sekä omais- ja perhehoitajien palveluja on uudistettu nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi vuosien 2016–2018 aikana hallituksen I&O-kärkihankkeena.

I&O-kärkihankkeen tavoitteena on ollut kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoitut ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut.

Toimeenpanon läpileikkaavina ajureina ovat olleet iäkkäiden osallisuuden lisääminen, digitalisaation hyödyntäminen, tiedolla johtaminen sekä poikkihallinnollinen yhdessä tekeminen.

Uudistuksessa on luotu malleja iäkkäiden maakunnallisille palvelukokonaisuuksille, jossa on sovitettu yhteen heille suunnattuja palveluja.

Alueellisen kehittämistyön tuloksia jaetaan tämän raporttisarjan myötä hyödynnettäväksi laajasti myös muissa maakunnissa.

Lisätietoa: <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>